

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO  
AUTOCUIDADO - VERSÃO REDUZIDA

Dissertação de Mestrado

Dissertação académica orientada por:

Prof.<sup>a</sup> Doutora Teresa Martins

Prof. Doutor Paulo Puga Machado

Soraia Cristina de Abreu Pereira

Porto | 2014



*“Vive e sê feliz por mim”*

À memória de Maria do Carmo de Sousa...



## **AGRADECIMENTOS**

A realização de um percurso desta natureza não teria sido possível sem o contributo, apoio e motivação de algumas pessoas que preenchem a minha vida e a tornam um pouco mais significativa.

À Professora Doutora Teresa Martins e ao Professor Doutor Paulo Puga Machado por todo o apoio, dedicação, rigor, confiança e motivação durante este caminho, sem os quais este percurso não seria possível.

Aos meus pais, irmão e cunhada pelos desabafos, apoio incondicional, pelas palavras no momento certo e pelo constante incentivo, crítica e proximidade.

Ao Hugo Martins pelo apoio, constante motivação, pelas incansáveis e sinceras revisões e fundamentalmente pela presença e disponibilidade.

À Renata Santos, companheira de investigação, que se revelou um pilar, uma amiga. Obrigada por todos os momentos de partilha, por todas as palavras, pela motivação, pelos sorrisos partilhados com as pequenas conquistas e pelo conforto nas horas certas!

Às minhas amigas Eduarda Pedreda e Rita Duarte pelo apoio e pelas revisões e às minhas colegas Monitoras da ESEP, que gentilmente realizaram a revisão da versão final deste trabalho e que contribuíram para o seu aperfeiçoamento.

A todos os funcionários e colaboradores da Santa Casa da Misericórdia de Gaia e do Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro pela colaboração, atenção e simpatia demonstrados desde o primeiro dia. A todos aqueles que nos abriram as portas de suas casas e que colaboraram neste estudo. E por fim, a todos aqueles que me inspiraram e inspiram e me fazem evoluir como pessoa e como Enfermeira.

**MUITO OBRIGADA!**



## SIGLAS

ASA-A	<i>Appraisal of Self-Care Agency Scale</i>
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ELB	Escala de Lawton e Brody
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
FADA	Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado
IB	Índice de Barthel
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NOC	Classificação dos Resultados de Enfermagem
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization





## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	13
1.1. A Dependência no Autocuidado .....	13
1.1.1. O Conceito de Dependência no Autocuidado .....	15
1.1.2. Contextualização do Envelhecimento .....	19
1.2. A Transição para a Dependência .....	21
1.3. Contributos Teóricos sobre o Autocuidado .....	24
2. MÉTODO .....	27
2.1. Participantes .....	27
2.2. Materiais .....	30
2.3. Procedimentos e Considerações Éticas .....	32
2.4. Análise e Tratamento da Informação .....	33
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	37
4. DISCUSSÃO .....	53
CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	61
ANEXOS .....	71
ANEXO I: Pedido de autorização às instituições para a realização do estudo	
ANEXO II: Pedido de autorização aos autores para utilização dos instrumentos	
ANEXO III: Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado (Versão em Análise)	
ANEXO IV: Formulário de Avaliação da Dependência no Autocuidado - Versão Reduzida	



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva e distribuição das respostas por atividade de autocuidado .....	37
Tabela 2 - Valores médios, valores de desvio padrão, mínimos e máximo de cada domínio do autocuidado .....	41
Tabela 3 - Correlações dos diferentes autocuidados e do IB, ELB e ASA-A ..	43
Tabela 4 - Matriz de correlação dos diferentes domínios do autocuidado ..	44
Tabela 5 - Correlações dos tipos de autocuidado da versão reduzida do FADA com as questões do IB e ELB .....	46
Tabela 6 - Valores de consistência interna dos diferentes domínios do FADA (coeficiente alfa de Cronbach) .....	47
Tabela 7 - Matriz dos componentes rotacionada.....	48
Tabela 8 - Diferenças entre homens e mulheres quanto ao nível global de dependência no autocuidado .....	49
Tabela 9 - Relação entre o nível global de dependência no autocuidado e o estado civil .....	49
Tabela 10 - Médias e Desvios padrão e valores do teste de Man-Whitney das situações que originaram a dependência e o nível global de dependência no autocuidado .....	50



## RESUMO

Num contexto social caracterizado por novas necessidades de saúde, fruto das recentes alterações sociodemográficas em que o envelhecimento e as doenças crônicas se destacam, torna-se emergente a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a dependência no autocuidado - conceito central para a Enfermagem.

Com efeito, a avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa dependente, com recurso a instrumentos de medida, e a avaliação do nível e tipo de dependência, pode possibilitar aos enfermeiros uma forma mais assertiva de compreender a natureza dos problemas que afetam a dependência e de estabelecer um plano de ação orientado para o desenvolvimento de novas práticas centradas na pessoa dependente, com vista à promoção da autonomia.

A partir deste enquadramento, e com o intuito do desenvolvimento da disciplina de enfermagem no contexto da dependência no autocuidado, o presente trabalho apresenta como objetivo o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida de um instrumento desenvolvido para a mensuração da capacidade de autocuidado - o Formulário da Avaliação da Dependência no Autocuidado (FADA). Esta versão reduzida é constituída por um total de 27 atividades de avaliação do autocuidado distribuídos por 10 domínios de autocuidado.

Foi utilizado o método de amostragem não probabilístico, do tipo accidental, em que foram considerados para fazer parte da amostra indivíduos dependentes ou os seus familiares cuidadores, com idade igual ou superior a 18 anos, sem défices cognitivos aparentes, que aceitassem participar no estudo. Para além do formulário referido foram ainda utilizados o Índice de

Barthel (IB), a Escala de Lawton e Brody (ELB) e a versão em português do instrumento *Appraisal of Self-Care Agency Scale* (ASA-A).

A versão reduzida do FADA apresenta relações significativas entre todos os domínios de autocuidado, e entre os instrumentos IB e ELB. Já ao nível do ASA-A não se observaram relações estatisticamente significativas. O nível global de dependência no autocuidado e os diferentes domínios de autocuidado apresentam correlações fortes positivas, e positivas moderadas com o IB e a ELB. O formulário apresenta ainda uma elevada fiabilidade, com uma consistência interna traduzida pelo coeficiente de alfa de Cronbach acima de 0,90.

A versão reduzida do FADA revela-se, pois, um instrumento válido e fiável, ao mesmo tempo que ostenta robustez e um grande poder discriminativo, auxiliando a prática da enfermagem e consequentemente contribuindo para o aumento do conhecimento nesta área.

**PALAVRAS-CHAVE:** Autocuidado, Dependência, Instrumento

## ABSTRACT

### Self-Care Dependency Evaluation Form - Short Version

In a social context outlined with new health requirements, as an outcome of recent demographic changes in which aging and chronic diseases stands out, it becomes emergent the need to develop the knowledge about the dependence in self-care - central concept in Nursing. Indeed, the assessment of the dependent person's self-care ability, through measurement instruments, and the assessment of the level and kind of dependency, may provide nurses a more assertive method for understand the nature of the problems that affect dependency and for establish an action plan tailored to the development of new practices centered on the dependent person, looking forward to promote autonomy.

Within this context, and in order to develop nursing practice in self-care dependency context, this paper serves the goal of studying the psychometric properties of an instrument shortened version developed to measure self-care - the "*Formulário da Avaliação da Dependência no Autocuidado - FADA*" (Self-Care Dependency Evaluation Form). This shortened version is composed of 27 self-care assessment activities, spread over 10 self-care domains.

It was used the non-probabilistic sampling method, of the accidental type, in which were considered to be part of the sample dependent individuals or their family caregivers, aged equal or greater than 18 years, without apparent cognitive deficits, who agreed to participate in the study. Besides the form already mentioned, it was used the Barthel Index (BI), the

Lawton and Brody Scale (LBS) and the Portuguese version of the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A) instrument.

The shortened FADA version presents significant relationships between all domains of self-care, and between the BI and LBS instruments. However, in the ASA-A no statistically significant relationships were observed. The overall level of dependence in self-care and the several domains of self-care have strong positive correlations, and moderately positive with the BI and the LBS. The form also has a high reliability with an internal consistency translated by Cronbach's alpha coefficient above 0.90.

Therefore, the shortened FADA turns out to be a valid and reliable instrument, while bearing a great level of robustness and discriminative power, supporting nursing practice and thus contributing to increase the knowledge in this area.

**Key Words:** Self-care, Dependence, Instruments.



## INTRODUÇÃO

Durante muitos anos, a Enfermagem centrou-se no cumprimento de tarefas prescritas e em conhecimentos que os médicos entendiam ser os necessários (MACHADO, 2004). No entanto, a enfermagem evoluiu, destacando-se do modelo biomédico tradicional e tornando-se num processo facilitador de transições promotoras de sentimentos de bem-estar (MELEIS & TRANGENSTEIN, 1994).

Os cuidados de enfermagem envolvem agora um trabalho aprofundado sobre as significações das pessoas (GOMES, 2002), possuem uma maior ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições e procuram conhecimentos no seio da própria disciplina, consolidando-a (SILVA, 2007; SILVA, 2011).

A melhoria dos processos terapêuticos e das condições socioeconómicas das populações influenciaram os índices de mortalidade e de morbilidade, a que se associa um acentuado aumento da esperança média de vida mas, também, um exponencial aumento de pessoas idosas com doenças crónicas e consequentemente em situação de dependência (PETRONILHO, 2009).

Fruto destas alterações, geram-se novos desafios aos atuais modelos de cuidados de saúde, tornando-se necessário refletir sobre a importância das mudanças ocorridas, das novas necessidades e dos novos desafios que se colocam ao sistema de prestação de cuidados de saúde, mas em particular aos modelos de exercício profissional da Enfermagem que *“devido ao seu mandato social e à natureza específica (...) pode constituir um recurso mais efetivo do sistema para responder progressivamente de forma mais eficaz às necessidades de saúde das populações”* (SILVA, 2007, p.16).

Aliado ao desenvolvimento da profissão, também o progresso clínico e organizacional tem sofrido uma grande evolução, alargando a capacidade e a qualidade do desempenho dos profissionais, mas também as expectativas dos utentes (PISCO, 2001). Atendendo à atual filosofia de promoção e garantia da qualidade em saúde, a Ordem dos Enfermeiros (OE) descreveu em 2001 os Padrões de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros, fruto da necessidade de melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos e da necessidade de reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001).

Decorrente das alterações sociodemográficas que têm emergido - em que o envelhecimento e a cronicidade ganham destaque-, torna-se irrefutável a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a dependência no autocuidado, conceito central para a Enfermagem.

Segundo o International Council of Nurses (ICN) através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2) define-se como uma *“Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”* (ICN, 2011 p. 41).

A avaliação da capacidade de autocuidado da pessoa, através de instrumentos de medida e a avaliação do nível e tipo de dependência, permite aos enfermeiros um trabalho sistemático e de rigor metodológico na promoção e na avaliação da autonomia, bem como na avaliação dos ganhos em saúde, contribuindo para uma melhor visibilidade das terapêuticas de enfermagem (MARTINS, 2011; PEREIRA, 2007; PETRONILHO, 2009).

Um conjunto de estudos foi desenvolvido com o objetivo de determinar a prevalência de famílias clássicas com familiares dependentes no domicílio em vários contextos regionais do país e de caracterizar os dependentes no autocuidado no que se reporta à sua condição de saúde (grau de dependência e complicações), aos atributos do sujeito dependente, à identificação das necessidades em cuidados realizadas pelo prestador de cuidados e às que não são asseguradas aos dependentes no autocuidado (LEONARDO, 2011; MARTINS, 2011; PEREIRA, 2011; SILVA, 2011; SILVA, 2012).

Nestas investigações foi utilizado um instrumento para caracterizar a capacidade de autocuidado das pessoas com dependência no autocuidado, que se mostrou demasiado longo e um pouco redundante. O presente estudo tem por objetivo principal o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida desse instrumento.

A pesquisa bibliográfica efetuada para a elaboração da presente dissertação foi sustentada em bases de dados e em diversos motores de pesquisa, em livros publicados bem como em dissertações de mestrado e em teses de doutoramento. A literatura publicada antes de 2004 apenas foi incluída quando se revelou de manifesto interesse para o desenvolvimento do estudo.

Inserido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), a presente dissertação organiza-se em quatro partes principais.

A primeira parte aborda a temática da dependência no autocuidado, desenvolvendo as principais causas de dependência e os conceitos de dependência e de autocuidado. Nesta parte do estudo contextualiza-se o envelhecimento do ponto de vista demográfico e também na perspetiva das alterações e repercussões na pessoa e na comunidade. Abordam-se igualmente as principais teorias de Enfermagem que visam explicar a dependência no autocuidado - postuladas por Afaf Meleis e por Dorothea Orem.

Na segunda parte dá-se destaque às questões da metodologia adotada para a realização deste trabalho, explorando os participantes do estudo e as suas características sociodemográficas, os materiais a utilizar, os procedimentos e as considerações éticas e o método utilizado para a análise e tratamento da informação recolhida.

Após a caracterização e o esclarecimento das questões metodológicas, segue-se a apresentação dos resultados e a respetiva discussão. Pretende-se nestas duas fases realizar uma interligação e reflexão entre a informação recolhida e o conhecimento já existente, procurando refletir sobre as potenciais diferenças e semelhanças encontradas.

Por fim, nas considerações finais do estudo, são revelados os aspetos considerados mais significativos, ressalvadas as principais limitações e apresentadas sugestões para futuras investigações.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Neste capítulo aborda-se o fenómeno da dependência no autocuidado, analisando inicialmente o conceito de dependência, compreendendo o impacto do envelhecimento demográfico e focando os marcos teóricos que balizam o presente estudo - a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

### **1.1. A Dependência no Autocuidado**

A dependência surge, habitualmente, como resultado do declínio funcional da pessoa e pode ocorrer em qualquer altura do ciclo vital como consequência do aparecimento de patologias ou acidentes (FIGUEIREDO, 2007; ROPER, *et al.*, 1995; SEQUEIRA, 2010).

Dentro das causas que mais têm contribuído para o crescente número de pessoas dependentes incluem-se as patologias crónicas e de evolução prolongada, tais como as doenças e perturbações do aparelho respiratório, as neoplasias e as doenças do aparelho circulatório (PORTUGAL, 2013). Também as políticas baseadas nas altas hospitalares precoces (PRYOR, 2009; SILVA, 2011) e os feridos graves, resultantes de acidentes rodoviários (cerca de 2181 no ano de 2013), apresentam-se como causadores de incapacidade e dependência (PORTUGAL, 2014).

A idade (PORTUGAL, 2004) também tem contribuído para o aumento de pessoas em situação de dependência. Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 nos últimos Censos, realizados em 2011, registou-se um aumento do índice de dependência de idosos e de envelhecimento (PORTUGAL, 2012).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2009) no documento *“Projeções de População Residente em Portugal 2008 - 2060”*, prevê-se o contínuo aumento do envelhecimento populacional, a que se associa o aumento do índice de dependência de idosos.

Face a este panorama regista-se, atualmente, uma inadequação dos cuidados face às necessidades dos idosos, insuficiência de cuidados no domicílio e dificuldades ao nível da equidade de acesso aos serviços de saúde (CASTRO-CALDAS, et al., 2005).

Consciente das alterações demográficas registadas bem como das necessidades de intervenção da população com mais idade - e procurando ganhos em saúde e melhores práticas profissionais - o Ministério da Saúde aprovou em 2004 o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Este programa apresenta como objetivo *“a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida”* (PORTUGAL, 2004 p. 2), pretendendo-se estimular a iniciativa pessoal das pessoas idosas para a sua autonomia e independência. Assenta em três pilares fundamentais: *“a promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida; uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas”* (PORTUGAL, 2004 p. 13).

No entanto, com o contínuo aumento da esperança média de vida e de pessoas dependentes com necessidades de cuidados de saúde (INE, 2009), registou-se a necessidade de um maior número de respostas que colmassem as novas necessidades em cuidados de saúde.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados através do Decreto-lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, pretende assim ser mais um contributo para a promoção de melhores cuidados a pessoas dependentes e apresenta como principal objetivo *“promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados de cuidados de saúde em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua*

*limitação funcional ou dependência de outrem” (DECRETO-LEI Nº 281/ 2003 p. 7493). É constituída por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e por equipas domiciliárias. Os seus destinatários são pessoas que apresentem “dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou outro, dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacte psicossocial, doença severa em fase avançada ou terminal” (DECRETO-LEI nº 101/ 2006 p. 3862).*

Assim, fruto das alterações demográficas que se têm registado e das novas necessidades em saúde que se vêm impondo, os profissionais de saúde possuem um papel preponderante, devendo ser capazes de produzir e desenvolver respostas e estratégias ajustadas que permitam uma abordagem holística da pessoa em situação de dependência.

#### *1.1.1. O Conceito de Dependência no Autocuidado*

A dependência surge normalmente associada ao declínio funcional da pessoa, devido a fatores como aparecimento ou desenvolvimento de uma patologia, acidentes, polimedicação, ambientes inadequados, alimentação deficitária, ausência ou inadequação de ajudas técnicas, entre outros (SEQUEIRA, 2010).

Segundo Collière (2003 p. 377) “*A dependência é o estado em que a pessoa está na impossibilidade de satisfazer uma ou várias necessidades sem uma ação suplementativa ou já não poder assegurar a totalidade dos atos de vida ou alguns deles*”. De acordo com o Dec. Lei nº 101 de 6 de Junho de 2006 (p. 3857), a dependência é uma “*situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária*”.

Numa perspetiva contrária, a independência é definida por Netto (2007) como a capacidade para a realização de algo através dos seus próprios meios, distinguindo-se de autonomia, que se refere à capacidade de decisão e de comando.

O autocuidado engloba segundo Carpenito-Moyet (2012 p. 537) as *“atividades essenciais para a satisfação das necessidades diárias, conhecidas comumente como atividades da vida diária, que são aprendidas ao longo do tempo e se tornam hábitos de vida”*, no qual o enfermeiro tem um papel fundamental na avaliação e identificação do nível de participação da pessoa.

Para Theuerkauf (2000 p. 173) o autocuidado *“é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente (...) e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais”*.

De acordo com o ICN, na CIPE, o autocuidado é um tipo de ação realizado pelo próprio e que se caracteriza por *“tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades de vida diária”* (ICN, 2011).

Para Orem, o autocuidado define-se como as atividades que a pessoa realiza por si mesma para manter a vida, saúde e bem-estar, prolongando-se ao conceito de cuidado dependente, quando a pessoa por si só não consegue satisfazer as suas necessidades e necessita que outra desempenhe as suas funções de autocuidado (OREM, 1995).

Segundo Backman e Hentinen (1999; 2001) o autocuidado é influenciado pelo passado da pessoa e pelas suas experiências ao longo da vida, tendo com os seus estudos desenvolvido um modelo explicativo do autocuidado em que identificaram quatro perfis de autocuidado. Cada um dos perfis possui as suas características e significados distinguindo-se assim o autocuidado responsável, o autocuidado formalmente guiado, o autocuidado independente e o autocuidado de abandono.

O autocuidado responsável caracteriza-se pela sua atividade e responsabilidade, encarando-o como um hábito e o envelhecimento com naturalidade e de forma positiva. É um perfil que implica cuidado ativo pela



sua saúde, responsabilizando-se por todas as atividades de vida. Possui uma boa relação de colaboração com os profissionais de saúde e recursos internos e externos adequados. São habitualmente pessoas que desejam manter-se ativas e saudáveis, tendo interesse no contacto social com outras pessoas (BACKMAN & HENTINEN,1999; 2001).

Já o autocuidado formalmente guiado possui um comportamento de autocuidado baseado em rotinas e um acompanhamento regular por profissionais de saúde, não possuindo no entanto crítica às instruções recebidas pelos profissionais. Possuem uma visão realista do envelhecimento, aceitando a vida tal como ela é (BACKMAN & HENTINEN,1999; 2001).

A pessoa com autocuidado independente possui um modo muito próprio de gerir as suas atividades de vida diárias e a sua saúde, procurando ativamente por estratégias que a ajude a ultrapassar as dificuldades. Apresenta, em relação ao envelhecimento, uma perspetiva negativa e sentimentos de negação. Habitualmente comparam-se com outras pessoas julgando-se saudável e tem tendência a não procurar a ajuda de profissionais e a recusar os seus conselhos (BACKMAN & HENTINEN,1999; 2001).

O autocuidado de abandono caracteriza-se pela negatividade, por sentimentos de impotência, tristeza e falta de responsabilidade. Aparece normalmente em pessoas que nunca foram capazes de gerir a sua vida e que verbalizam vontade de desistir. Possuem uma atitude negativa face ao envelhecimento, sentindo medo do futuro e necessitam de muito apoio por parte dos profissionais de saúde (BACKMAN & HENTINEN,1999; 2001).

Face a cada um destes perfis e às suas características definidoras, conforme refere Sequeira (2011), o reconhecimento do tipo de autocuidado de cada pessoa é fundamental no sentido de nortear a intensidade e a forma de acompanhamento de cada pessoa.

Segundo os diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association*, quando a pessoa é incapaz de desempenhar as atividades de autocuidado pessoal por limitações resultantes de compromisso motor, sensorial ou da função cognitiva ou da sua combinação, referimo-nos a um défice de autocuidado (NANDA, 2012).

Para Caldas (2005 p. 775) *“a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução se pode modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados”*. De acordo com Sequeira (2010) a avaliação precoce possibilita a prescrição de intervenções ajustadas às necessidades identificadas, promovendo assim uma melhoria significativa na prevenção da dependência e consequentemente uma maior satisfação.

Segundo Orem (1993) apenas se pode compreender e satisfazer as necessidades de autocuidado de uma pessoa se estas forem conhecidas e avaliadas. Na mesma linha Roper *et al.* (1995 p. 53) consideram fundamental *“avaliar o nível de (in) dependência do doente em cada uma das atividades de vida; avaliar em qual direção e quanto eles devem ser assistidos para se mexerem no estado de dependência/ independência; e, de que assistência de enfermagem podem precisar para conseguir os seus objetivos”*.

As atividades de autocuidado reúnem normalmente as atividades básicas de vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e as atividades avançadas da vida diária (SILVA, 2011).

Tarefas como higiene pessoal, tomar banho, vestir-se, usar o sanitário, mobilidade, transferir-se, controlar os esfíncteres ou comer e beber constituem as atividades básicas da vida diária. As atividades instrumentais da vida diária prendem-se com o uso do telefone, fazer compras, gerir o dinheiro, gerir a medicação, utilizar meios de transporte, realização de tarefas domésticas, preparação de refeições, tomar a medicação e atividades de caráter lúdico. As atividades avançadas de vida diária incluem atividades de interação e participação social, trabalhar ou praticar exercício físico (BLAIR, 1999; BOTELHO, 2005; CALDAS, 2003; DRAGESSET, 2004; HOOGERDUIJN, *et al.*, 2006; OMS, 2002).

Existem, atualmente, inúmeros instrumentos disponíveis cujo objetivo é a mensuração do autocuidado. Doran (2003) apresenta uma vasta lista de instrumentos na qual se incluem, entre outros, o Índice de Katz (1963), o IB (1965) e a ELB (1969), alguns dos instrumentos mais amplamente utilizados (PAIXÃO, *et al.*, 2005; ARAÚJO, *et al.*, 2007). Tem sido desenvolvido nos últimos anos um grande número de instrumentos que avaliam a dependência

e a funcionalidade - menos utilizados, no entanto, e com menor expressão na literatura.

### *1.1.2. Contextualização do Envelhecimento*

A combinação entre o aumento da esperança média de vida e a diminuição progressiva da taxa de fecundidade tem vindo a resultar num envelhecimento contínuo da população (PORTUGAL, 2004). Com efeito, desde 1970 até à atualidade, a esperança média de vida registou um aumento contínuo de cerca de 20% para os homens e de 18% para as mulheres (INE, 2014), representando um aumento dos 74 para os 81 anos, em ambos os sexos (WHO, 2014).

As mais modernas alterações nas políticas sociais e culturais traduzidas, entre outras, na inclusão da mulher no mercado de trabalho, na igualdade de género no mercado de trabalho e na emancipação social da mulher, em conjugação com a crescente utilização de métodos contraceptivos e com as políticas de planeamento familiar (e a inclusão desta no sistema público de saúde) foram decisivas para a diminuição da taxa de fecundidade (DIAS, et al., 2012).

Efetivamente, na última década tem-se registado em Portugal um aumento do número de idosos e a diminuição do número de jovens, acentuando desta forma os desequilíbrios já conhecidos na década passada (INE, 2013a). De acordo com os Censos de 2011, 15% da população tinham menos de 15 anos e 19% tinha 65 ou mais anos. Para o ano de 2020 prevê-se uma continuidade deste registo, mantendo-se a redução no número de jovens para 14% e o aumento do número de idosos para cerca de 21% do total da população portuguesa (PORTUGAL, 2012).

Como resultado, estes fenómenos traduzem-se num desequilíbrio da pirâmide etária, em que a base da mesma se torna mais estreita e o seu topo se alarga.

Ainda de acordo com o INE (2013), também o índice de envelhecimento sofreu um crescimento, atingindo os 128 ou seja, por cada 100 jovens (com menos de 15 anos) existiam 128 idosos (pessoas com 65 ou mais anos).

O Índice de Dependência Total (relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa) sofreu também um aumento na última década para cerca de 21%, resultado do índice de dependência de idosos.

Futuramente, e de acordo com as projeções realizadas pelo INE (INE, 2009) o fenómeno do envelhecimento agravar-se-á, com a população idosa com 80 e mais anos de idade a passar dos 4,2% registados em 2008 para entre 12,7% e 15,8% em 2060.

Decorrente do envelhecimento demográfico é ainda de notar as consequências de âmbito socioeconómico que as gerações futuras irão enfrentar com repercussões nas famílias, sociedade, saúde pública, sistema de saúde e nos próprios indivíduos (ANDRADE, 2009; CARREIRA, *et al.*, 2006; INE, 2013; PAÚL, 2012; PEREIRA, 2011; PORTUGAL, 2004; SILVA, 2006).

Enquanto processo multidimensional, o envelhecimento não se define apenas por critérios cronológicos, devendo a sua abordagem contemplar uma análise das alterações intrínsecas ao fenómeno (PEREIRA, 2011). O envelhecimento caracteriza-se, pois, por um processo dinâmico e progressivo, a que se associam alterações de âmbito biológico, psicológico e social, que vão tornando o organismo mais propenso às agressões intrínsecas e extrínsecas (ARAÚJO, 2011; NETTO, 2007; PORTUGAL, 2004; SEQUEIRA, 2010).

Do ponto de vista bio fisiológico, o envelhecimento caracteriza-se pelo declínio das funções de alguns órgãos, sendo exemplos, a redução da acuidade visual, do olfato, paladar e do tato; o decréscimo do número de neurónios e de células musculares bem como da capacidade funcional respiratória e circulatória, o que predispõe a pessoa a infeções e a acidentes (ARAÚJO, 2011; NETTO, 2007; PHIPPS, *et al.*, 2003; SEELEY, *et al.*, 2003).

De acordo com Netto (2007 p. 9) *“As alterações funcionais próprias do envelhecimento associadas à maior prevalência de doenças crónicas podem levar à deterioração da habilidade de manutenção da*

*independência*”, sendo assim fundamental a aplicação de instrumentos que nos permitam a avaliação e o diagnóstico das condições física, psíquica e social da pessoa.

Também a nível psicológico surge a necessidade da pessoa se ajustar às alterações consequentes do envelhecimento que envolvem normalmente mudanças a nível dos papéis familiares, sociais, laborais e ocupacionais, e que despoletam muitas vezes sentimentos de medo, inutilidade e abandono (BLAIR, 1999; FIGUEIREDO, 2007; IMAGINÁRIO, 2008; PAÚL, 2012; PEREIRA, 2011).

Em suma, o envelhecimento é um fenómeno complexo e irreversível para o qual urge dar resposta às necessidades das pessoas (PORTUGAL, 2004) e no qual os profissionais de saúde podem fazer a diferença, desenvolvendo respostas ajustadas.

## **1.2. A Transição para a Dependência**

A transição de uma situação de independência para a dependência no autocuidado representa normalmente um conjunto de alterações nas atividades de autocuidado da pessoa, que conduzem a mudanças e uma adaptação à nova realidade e a um novo projeto de vida (CHICK & MELEIS, 1986; SILVA, 2011). É um processo complexo, multidimensional e multicausal, que *“pode surgir de forma abrupta ou de forma progressiva, na maioria dos casos associado a uma diminuição da capacidade das estruturas ou funções do organismo”* (Sequeira, 2010, p.40).

A transição não representa apenas uma questão de mudança - tem principalmente que ver com a perceção do indivíduo, a transição só se inicia se assim for definida pela própria pessoa que a experimenta (MELEIS, *et al.*, 2000; PAÚL, 2012; SHUMACHER & MELEIS, 1994;).

Segundo Collière (2003), a vida possui sucessivas passagens, e entre cada duas passagens existe uma etapa que necessita de ser ultrapassada, um novo patamar que nos prepara para uma nova fase. É assim uma prova de

adaptabilidade ou de ajustamento, que nos permite passar daquilo que conhecíamos para o desconhecido ou que conhecemos apenas parcialmente. *“Qualquer passagem nos obriga a abandonar alguma coisa, para nascer para outra coisa. Leva a uma perda, a um luto do que acontecia antes, daí a crise, ou seja a rutura, o corte com o estado anterior”* (COLLIÉRE, 2003 p. 175).

Meleis e Trangenstein (1994) designam a transição como uma mudança que ocorre na vida ou em determinada condição da pessoa, em que haja incorporação de novos conhecimentos e comportamentos (CHICK & MELEIS, 1986; KRALIK, *et al.*, 2004; MELEIS, *et al.*, 2000;).

O enfermeiro segundo Meleis e colaboradores (2000), deve ser o principal impulsionador do processo de transição devendo concentrar-se em todas as transições relevantes para a pessoa.

De acordo com a teoria das transições desenvolvida por Meleis e colaboradores (MELEIS & TRANGENSTEIN, 1994; MELEIS, *et al.*, 2000; MELEIS, 2007), as transições podem classificar-se, quanto à sua natureza em transições de desenvolvimento, de saúde/ doença, organizacionais e situacionais. Em relação aos padrões, as transições não surgem, normalmente, de forma isolada ou simples, podendo surgir de forma múltipla e complexa. Pode ainda ocorrer de forma sequencial ou em simultâneo e podem, ou não, estar relacionadas (MELEIS, *et al.*, 2000).

Segundo Meleis (*et al.*, 2000), existem cinco propriedades das transições distintas, mas relacionadas entre si, constituídas pela consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição e acontecimentos e eventos críticos (MELEIS *et al.*, 2000; MELEIS, 2007). A consciencialização é conforme Brito (2012) a propriedade chave do processo de transição, uma vez que reflete a perceção da pessoa sobre a mudança e o seu conhecimento e reconhecimento da experiência de transição.

Quanto à duração, Meleis e colaboradoras (2000) referem ser muito difícil precisar o momento exato do início e do fim da transição; é, no entanto, relevante compreender qual a importância que a pessoa lhe atribui.

Todas as transições são caracterizadas por acontecimentos ou eventos críticos, em que a pessoa demonstra vulnerabilidade e experiencia

momentos de ansiedade e incerteza (MELEIS, et al., 2000). Especialmente conscientes deste facto, os enfermeiros devem apresentar um grande cuidado na sua intervenção, minimizando os impactos destes eventos sobre a pessoa e a família.

Relativamente às condições facilitadoras e inibidoras das transições, Meleis (MELEIS et al, 2000; MELEIS, 2007) identificou algumas condições das pessoas, da comunidade e da sociedade que considerou potencialmente facilitadoras ou inibidoras do processo de transição e que podem facilitar ou impedir uma transição saudável.

Incluem-se nas condições pessoais os significados, as crenças e atitudes, o estatuto socioeconómico e a preparação e conhecimento. Os recursos da comunidade e a sua organização, acessibilidade e disponibilidade bem como as ideias e o desenvolvimento que a sociedade possui são apontados como condições facilitadoras, mas que caso não se verifiquem poderão constituir uma condição inibidora (MELEIS *et al.*, 2000).

Ao longo do processo de transição, a pessoa deve desenvolver comportamentos de forma a atingir de novo o equilíbrio. Interessa assim analisar os padrões de resposta, que se subdividem em indicadores de processo (que permitem a avaliação da direcção e o sentido do processo de transição), e em indicadores de resultado (relativos à finalização das transições e às novas habilidades e competências adquiridas) (MELEIS et al, 2000; MELEIS, 2007).

Sentir-se ligado, interagir, estar situado e desenvolver confiança e *coping* constituem os indicadores de processo (MELEIS, et al., 2000). Os indicadores de resultado são compreendidos através da mestria e pela reformulação da identidade, em que a pessoa explora as suas limitações pessoais e os seus limites e reconstrói a sua autoidentidade (KRALIK, *et al.*, 2004; MELEIS *et al.*, 2000).

O papel do enfermeiro, segundo Meleis e colaboradores (2000) é de extrema importância no desenvolvimento de uma transição saudável. As intervenções de enfermagem devem assim ser baseadas na promoção, na prevenção e na intervenção junto da pessoa que vivencia a transição (MELEIS, 2007; SHUMACHER & MELEIS, 1994).

### 1.3. Contributos Teóricos sobre o Autocuidado

O autocuidado é, indubitavelmente, um conceito central na enfermagem e encontra-se intimamente ligado às teorias de enfermagem associadas à Escola das Necessidades, de onde se destaca Dorothea Orem (KÉROUAC, *et al.*, 1996; MELEIS, 2007).

Para Orem, o autocuidado representa a prática de atividades iniciadas pelo próprio e que possuem como objetivo manter a própria vida, saúde e bem-estar. Possui assim um propósito, sendo uma ação que tem uma sequência e que contribui para a integridade estrutural, de desenvolvimento e de funcionamento da pessoa e, que possui fatores condicionantes como o autoconceito, o nível de maturidade do indivíduo, os seus objetivos e práticas culturais, o seu conhecimento no âmbito da saúde, a sociedade, a família, os amigos e os companheiros de trabalho. A falta de conhecimentos científicos relacionados com o autocuidado, transtornos e disfunções de saúde, a falta de habilidades e os hábitos inadequados de autocuidados podem limitar as pessoas no seu próprio autocuidado, ou na ajuda de outras pessoas (GILBERT, *et al.*, 2012; GREEN, 2013; OREM, 1993).

O autocuidado e o cuidado de pessoas dependentes, ainda que bem-intencionados, podem não se revelar terapêuticos. A prática de autocuidado ou um sistema completo de autocuidado é considerado terapêutico quando suporta os processos de vida e de promoção do funcionamento normal; mantém o crescimento, desenvolvimento e maturação normais; previne, controla ou cura os processos de doença ou lesões; previne a incapacidade ou compensa a mesma ou quando promove o bem-estar (OREM, 1995).

Neste quadro teórico, quando a pessoa não se encontra apta para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, o enfermeiro (através do conhecimento científico e tecnológico) deve ajudar a pessoa, resolvendo as suas necessidades, de modo a recuperar e estabilizar o seu estado de saúde (DUQUE, 2009).



O trabalho de Orem em torno do autocuidado culmina numa teoria geral de enfermagem - Teoria do Déficit de Autocuidado na Enfermagem - que, por sua vez, é constituída por três teorias: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria do Sistema de Enfermagem (DUQUE, 2009).

Dorothea Orem (1993, 1995) descreve a teoria do autocuidado como um sistema de ação, uma atividade complexa que a pessoa inicia e executa por si própria, e cujo objetivo é manter a vida, a saúde e o bem-estar. É assim uma ação aprendida e não inata, influenciada pelas relações interpessoais e pela comunicação e, que pode ser modificado pela sua situação de saúde, pelo meio em que se insere, por cuidados médicos ou outros fatores (BRITO, 2012; GREEN, 2013; OREM, 1993).

Nesta teoria são conceitos centrais o “agente do autocuidado”, quando a pessoa consegue por si só realizar as atividades do autocuidado e “agente dependente de cuidados”, quando a pessoa não possui a capacidade de se autocuidar (OREM, 1993).

Orem (1993, 1995) define ainda requisitos de autocuidado, ou seja, ações que as pessoas desenvolvem de forma a controlar os fatores que podem afetar o funcionamento e o desenvolvimento.

A teoria do déficit de autocuidado tem como objetivo promover a autonomia da pessoa, ampliando desta forma a sua qualidade de vida. Tem como base a relação entre as capacidades de autocuidado e as atividades de autocuidado necessárias para a satisfação dos requisitos de autocuidado da pessoa (OREM, 1993).

A incapacidade da pessoa para cuidar de si própria ocorre quando se verifica um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e a necessidade terapêutica de autocuidado (OREM, 1993), sendo este o momento onde o enfermeiro deve intervir, compensando o déficit ou o desequilíbrio da pessoa (Duque, 2009).

Para Orem, (1993, 1995) os défices de autocuidado podem ser completos ou parciais. Se não existir capacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado terapêutico estamos na presença de um déficit de autocuidado completo. Em relação aos défices de autocuidado parciais,

estes podem ser extensos ou apenas estarem limitados à incapacidade de satisfazer um ou vários requisitos de autocuidado.

De acordo com a teoria do sistema de enfermagem, os sistemas de enfermagem são sistemas de ação constituídos pela atividade de enfermagem, que intencionalmente pretendem conhecer e satisfazer as necessidades de autocuidado da pessoa (OREM, 1993).

Para Orem, o sistema de enfermagem tem origem na forma como a pessoa e o enfermeiro se relacionam aquando da existência de um déficit de autocuidado. O enfermeiro pode assim intervir no âmbito de três sistemas, que podem ou não encontrar-se reunidos numa mesma pessoa: sistema totalmente compensatório, em que a pessoa não tem um papel ativo no seu autocuidado, necessitando que todos os cuidados sejam assumidos pelo enfermeiro; sistema parcialmente compensatório, onde os cuidados são partilhados entre a pessoa e o enfermeiro, tendo a pessoa capacidade para satisfazer algumas das suas necessidades de autocuidado; sistema de apoio educativo e de desenvolvimento, em que a pessoa necessita de supervisão e que o enfermeiro a capacite para que consiga realizar todas as ações do autocuidado de forma adequada (OREM, 1993; 1995).

## 2. MÉTODO

Pretende-se neste capítulo apresentar as opções metodológicas tomadas, clarificando o método, caracterizando os participantes, os materiais utilizados bem como os procedimentos e considerações éticas inerentes a este estudo e o método utilizado para a análise da informação obtida.

O presente estudo, tem como principal objetivo o estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida de um instrumento de mensuração do autocuidado, desenvolvido previamente na ESEP.

Enquadra-se num paradigma quantitativo, de colheita sistemática de dados, com vista ao “*desenvolvimento e validação dos conhecimentos*” (FORTIN, 1996 p. 22). Será assim um estudo metodológico na medida em que se pretende sugerir, a partir de um instrumento já existente, uma versão mais reduzida, e ao mesmo tempo transversal, com recolha de dados num único momento para validação de um instrumento de medida, escrito na língua original.

### 2.1. Participantes

O método de amostragem utilizado é o não probabilístico, do tipo accidental. Constituem a amostra accidental os indivíduos que “*são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso*”, sendo incluídos na amostra os sujeitos necessários até que se atinga o tamanho de amostra pretendido (FORTIN, 1996 p. 208).

Segundo Ribeiro (2010) citando Tinsley e Tinsley, o tamanho da amostra deve ser definido de acordo com a extensão do instrumento a avaliar, sendo aceitável considerar-se 5 participantes por cada item. Dado o instrumento ser constituído por 29 itens, a amostra foi constituída por 150 pessoas dependentes no autocuidado.

Foram considerados para fazer parte da amostra indivíduos dependentes ou os seus familiares cuidadores, com idade igual ou superior a 18 anos, sem défices cognitivos aparentes, que aceitassem participar no estudo.

Relativamente à caracterização das pessoas dependentes, a amostra foi constituída por 76% de indivíduos do sexo feminino, sendo este o grupo mais representativo ( $n = 114$ ) e 24% do sexo masculino, o que está em linha com estudos anteriores (FIGUEIREDO, 2007; IMAGINÁRIO, 2008; MARTINS, 2011; PEREIRA, 2011; PETRONILHO, 2007; SILVA, 2011; SILVA, 2012).

A média de idades situou-se nos 78,45 anos com desvio padrão de 10,98, sendo a mediana 80,50 anos, com idades compreendidas entre os 40 e 100 anos de idade. Isto permite-nos compreender que os dependentes são maioritariamente idosos, o que também se observa noutros estudos semelhantes (MARTINS, 2006; SILVA, 2011; SILVA, 2012).

A amostra na sua globalidade é de indivíduos com nacionalidade portuguesa.

Quanto ao estado civil, cerca de 54% (81) das pessoas dependentes eram viúvas, e 33,3% (50) eram casadas ou encontravam-se em união de facto, seguindo-se os solteiros (8,0%) e os divorciados (4,7%) com menor expressão.

No que diz respeito ao nível de escolaridade verifica-se um predomínio de pessoas com o ensino básico ou sem qualquer instrução, totalizando estes dois grupos cerca de 86,7% (130) da amostra, onde apenas uma pessoa dependente possuía habilitações ao nível do ensino superior. Em relação à situação profissional 98,7% (148) não possuía ocupação o que seria expectável devido à média de idades dos dependentes (78,45 anos).

Registou-se que a dependência se instalou de forma gradual em 72,7% (109) dos participantes e em 27,3% (41) ocorreu de forma súbita. Estes

resultados encontram-se em linha com outros estudos, nos quais a dependência surgiu decorrente do processo de envelhecimento, podendo assumir-se como uma transição do tipo desenvolvimental (MELEIS, *et al.*, 2000).

Relativamente à origem da dependência, a doença crónica foi a situação mais presente com 57,3% (86), seguida pelo envelhecimento com 48,7% (73) e pela doença aguda com 15,3% (23). No entanto, a dependência pode ter tido origem em mais do que uma das situações, pelo que foram consideradas as várias respostas. O tempo de dependência variou entre 0 e 79 anos, sendo a média de 7,21 anos de dependência e a mediana de 3,00, com um desvio padrão de 11,71. Estes resultados vão ao encontro da já referida predominância de pessoas idosas e cuja instalação da dependência ocorreu de forma gradual.

Relativamente ao regime terapêutico medicamentoso, os indivíduos estudados tomam em média 7,13 medicamentos por dia, sendo o mínimo 0 e o máximo 19 medicamentos diferentes, distribuídos entre 0 e 7 vezes por dia, sendo em média 3,13 vezes por dia.

No último ano, 54% (81) das pessoas dependentes recorreu pelo menos uma vez ao Serviço de Urgência, tendo no máximo recorrido 8 vezes. Em relação aos internamentos, 67,3% (101) da amostra não registou nenhum internamento no último ano, 26,7% (40) registou um internamento e 0,7% (1) registou 5 internamentos tendo sido o número máximo na amostra.

Quanto ao estado mental das pessoas dependentes, cerca de 40% (60) não sabe em que mês está, em que terra vive, nem consegue repetir três palavras. Quase 60% (90) não está capaz de fazer cálculos simples, e cerca de 30% (43) não identifica objetos comuns.

Quanto aos aspetos relacionados com a eliminação intestinal e vesical, cerca de 78% (117) consegue controlar os intestinos, 19,3% (29) é completamente dependente ou necessita que lhe façam um enema e 2,7% (4) necessita de ajuda de pessoa para colocar um supositório ou fazer um enema. Já em relação à eliminação vesical, apenas 34,7% (52) são continentes, 29,3% (44) são incontinentes ou encontram-se algaliados e 36%

(54) apresenta problemas ocasionais ou não consegue utilizar a casa de banho em tempo útil.

## 2.2. Materiais

Para avaliar a capacidade para o autocuidado foi elaborado por um grupo de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em 2007 um instrumento para avaliar o nível de dependência, necessidades de autocuidado e condição de saúde da pessoa. A construção desse instrumento baseou-se na “*Nursing Outcomes Classification*” (NOC) (MOORHEAD, et al., 2008). A NOC incorpora vários indicadores e itens que avaliam a dependência nos vários domínios do autocuidado, o que permite não apenas a avaliação da dependência, mas também a monitorização das alterações e mesmo a evolução do nível de dependência.

O instrumento foi inicialmente estudado por Duque (2009), tendo concluído acerca da sua validade clínica, facilidade de utilização e consistência interna.

Apesar do instrumento revelar boas características psicométricas, a sua extensão mostra alguma redundância de informação o que implica fragilidade para a sua utilização em contexto clínico. Assim, procedeu-se a um *focus* grupo para redução de itens usando critérios estatísticos e clínicos (estudo prévio ao presente trabalho).

A versão reduzida do questionário de avaliação do autocuidado passou a ser constituída por 29 itens integrados em 11 domínios: andar, usar cadeira de rodas, transferir-se, virar-se, elevar-se, uso do sanitário, alimentar-se, arranjar-se, vestir-se e despir-se, tomar banho e tomar a medicação. Cada item é avaliado através de uma escala de Likert de 4 níveis (dependente não participa, necessita de ajuda de pessoa, necessita de equipamento e completamente independente).

O formulário permite assim uma avaliação geral do nível de dependência no autocuidado bem como a compreensão do nível de

dependência por domínio e atividade, o que é fundamental para a intervenção do enfermeiro. Conforme Doran (2003) refere, os instrumentos de mensuração do autocuidado são normalmente pouco descritivos, o que prejudica a avaliação e a monitorização do nível de dependência.

Para além do formulário referido foram ainda utilizados o IB e a ELB - ambos validados para a população portuguesa por Araújo e colaboradores (2007; 2008) e a versão em português do ASA-A.

O IB avalia o nível de independência dos indivíduos em dez atividades de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres (função urinária e função intestinal), deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965, cit por. ARAÚJO *et al.*, 2007). É constituída por 10 perguntas com uma pontuação que varia entre 0 e 20, sendo as pontuações mais baixas caracterizadas por menor funcionalidade e as mais elevadas por maior funcionalidade.

A ELB tem como finalidade a avaliação da dependência em relação às atividades instrumentais de vida diária: uso do telefone, fazer compras, preparar a comida, cuidar da casa, lavar a roupa, usar meios de transporte, gerir a sua medicação e gerir o dinheiro. A pontuação nesta escala varia entre 0 e 23 pontos, sendo os valores mais baixos indicativos de uma maior dependência e os valores mais elevados de uma menor dependência nas atividades instrumentais de vida diária (ARAÚJO, F., *et al.*, 2008).

O ASA-A baseia-se na teoria do défice de autocuidado de Orem e toma como objetivo a avaliação do autocuidado objetivo e subjetivo, através da perceção da pessoa (PÄIVI, *et al.*, 2007; CHAVES, *et al.*, 2011; SILVA, J., 2013). É composto por 24 questões, avaliadas através de uma escala de Likert com cinco alternativas (discordo totalmente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente).

### 2.3. Procedimentos e Considerações Éticas

Com vista ao cumprimento da finalidade e objetivo definidos, recorreu-se a duas instituições que apoiam pessoas dependentes no domicílio no Concelho de Vila Nova de Gaia, a Santa Casa da Misericórdia de Gaia e o Centro Social e Paroquial de Oliveira do Douro. Em Janeiro do corrente ano foi dirigido um pedido de autorização às direções das duas instituições no sentido de ver autorizada a recolha de dados junto dos seus utentes, tendo ambas manifestado parecer favorável (ver anexo I).

Foi também solicitada autorização para a utilização dos instrumentos IB, ELB e ASA-A versão portuguesa, aos respetivos autores que manifestaram igualmente parecer favorável (ver anexo II).

Ao longo de todo o estudo foram salvaguardados os aspetos éticos de sigilo e privacidade da pessoa. Recorreu-se a um consentimento informado, sendo que todos os participantes foram devidamente informados da finalidade, objetivo, âmbito e benefícios do estudo para a comunidade em geral, ressaltando que a participação era livre e voluntária, suscetível de abandono a qualquer momento e sem impacto para os serviços prestados pelas instituições. Os formulários foram posteriormente codificados, salvaguardando assim a confidencialidade dos dados recolhidos.

Numa fase anterior à colheita de dados foram realizadas duas entrevistas a pessoas dependentes no autocuidado e aos seus familiares cuidadores, com o intuito de realizar o pré-teste do formulário, e assim compreender a adequação do instrumento, identificando potenciais erros ou lacunas. Não se registaram alterações relevantes ao formulário pelo que se procedeu à recolha de dados.

A colheita de dados decorreu entre os dias 19 de fevereiro e 30 de maio do presente ano, tendo-se realizado 150 entrevistas a pessoas dependentes ou os seus familiares cuidadores, destas 57 pessoas no domicílio, através dos Serviços de Apoio ao Domicílio e 93 pessoas em valências de Centro de Dia das referidas instituições.



A abordagem das famílias foi realizada previamente pelas instituições, por telefone e pessoalmente, averiguando a presença dos critérios de inclusão definidos e confirmando a aceitação em participar no estudo. A colheita dos dados foi realizada pelas investigadoras, que entrevistaram as pessoas e preenchiam os questionários. As entrevistas ocorreram no domicílio da pessoa ou nas instituições referidas, conforme preferência e disponibilidade da pessoa dependente ou cuidador.

Após o período de colheita de dados, os questionários utilizados no estudo foram introduzidos numa base de dados, através do *software* TELEFORM©, disponível na ESEP. Seguidamente à sua leitura, os dados foram lidos através do TELEFORM© *reader*, tendo sido posteriormente exportados para uma base de dados do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Procedeu-se ainda à consolidação da base de dados, para tal recorreu-se aos questionários em papel, resultando a deteção e correção de alguns erros.

## **2.4. Análise e Tratamento da Informação**

Para o processamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 21.0, para o ambiente Windows

Tendo em conta os pressupostos assumidos, optou-se preferencialmente pelo uso da estatística paramétrica, de acordo com a normalidade da distribuição, que foi estudada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Inicialmente realizou-se uma análise exploratória dos dados através de uma descrição univariada das variáveis, com recurso a medidas de tendência central e dispersão.

No sentido de avaliar a força de associação entre variáveis contínuas, utilizou-se a correlação de Pearson. De acordo com Green e colaboradores (1997) e Pallant (2001) citados por Martins (2006 p. 155), em relação à leitura dos valores de  $r$ , considerámos correlações fracas  $r \leq 0,2$ ; correlações

moderadas  $0,2 < r \leq 0,4$  e correlações fortes  $0,4 < r \leq 0,6$ . Em ciências sociais e do comportamento, segundo os mesmos autores, as relações entre variáveis tendem a ter pouca expressividade, sendo admissível estipular valores mais baixos do que os sugeridos por Pestana e Gageiro (2005). Os valores da correção são apresentados seguidos do valor de N (n.º de observações sobre as quais o valor da correlação foi calculado) e do valor da probabilidade associada (valor de p).

Para a análise de associação entre duas ou mais variáveis nominais, utilizou-se o teste não-paramétrico de qui-quadrado e para a análise das diferenças de médias entre duas variáveis contínuas independentes recorreu-se ao teste paramétrico t de Student, cujos dados são apresentados precedidos dos graus de liberdade e acompanhados do valor de prova (valor de p).

A fidelidade prende-se com a capacidade que um instrumento tem para apresentar avaliações semelhantes quando realizadas por diferentes observadores aos mesmos indivíduos, através dos mesmos instrumentos ou de conjuntos de itens equivalentes (Ribeiro, 2010). Uma das formas de avaliação da fidelidade é através da interpretação dos valores do coeficiente alfa de Cronbach, onde podemos avaliar se cada enunciado mede os conceitos do mesmo modo que os outros, e que se baseia na média das intercorrelações entre todos os itens da escala (Fortin, 2006). De acordo com Ribeiro (2010), valores de coeficiente de alfa de Cronbach superiores a 0,80 traduzem uma boa consistência interna do instrumento, sendo no entanto aceitáveis valores superiores a 0,60, quando as escalas possuem um número de itens reduzido.

A análise fatorial é um procedimento que permite agrupar os itens por grupos ou conjuntos homogéneos, agregando grandes números de variáveis em constructos abrangentes e com maior potencial explicativo (ALMEIDA, *et al.*, 2000; PESTANA, *et al.*, 2005; POLIT, *et al.*, 1995; RIBEIRO, 2010).

Assim, e de modo a agrupar os itens em conjuntos homogéneos, o que permitirá identificar a relação de um grupo de itens com as diferentes dimensões que se exprimam pelos valores de relação estatística mais elevados, recorreu-se à Análise dos Componentes Principais (RIBEIRO, 2010).

Foi ainda utilizada a rotação ortogonal segundo o método Varimax. Na confirmação do número de fatores foram seguidos os seguintes critérios: (1) *eigenvalues* >1; (2) exclusão das cargas fatoriais <0,40; (3) cada fator deve explicar no mínimo 5% da variância; (4) aplicação dos princípios de descontinuidade (ALMEIDA, *et al.*, 2008; POLIT, *et al.*, 1997).



### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Descrito o método utilizado para a elaboração do estudo e após a caracterização da amostra, interessa agora apresentar os dados obtidos com vista ao cumprimento da avaliação das propriedades psicométricas da versão reduzida do FADA. Com o apoio de técnicas de análise estatística descritiva e inferencial pretende-se, de uma forma sistematizada e reflexiva, compreender o fenómeno em estudo, ressaltando os aspetos mais significativos.

Na tabela 1 é apresentada a distribuição numérica e percentual dos itens de cada domínio do autocuidado.

Tabela 1 - Estatística descritiva e distribuição das respostas por atividade de autocuidado

	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente	Média (DP)	Simetria	Curtose
<b>Autocuidado: Andar (n = 150)</b>							
Suporta o próprio corpo na posição de pé	32 (21,3%)	20 (13,3%)	44 (29,3%)	54 (36,0%)	2,80 (1,15)	-0,47	-1,22
Sobe e desce degraus	43 (28,7%)	33 (22,0%)	32 (21,3%)	42 (28,0%)	2,49 (1,18)	0,02	-1,50
Percorre distâncias moderadas	34 (22,7%)	21 (14,0%)	45 (30,0%)	50 (33,3%)	2,74 (1,15)	-0,39	-1,28
<b>Autocuidado: Usar cadeira de rodas (n = 47)</b>							
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	22 (14,7%)	15 (10,0%)	1 (0,7%)	9 (6,0%)	1,94 (1,13)	0,98	-0,46
<b>Autocuidado: Transferir-se (n = 150)</b>							

Transfere-se da cama para a cadeira/ cadeirão	23 (15,3%)	45 (30,0%)	25 (16,7%)	57 (38,0%)	2,77 (1,12)	-0,21	-1,40
Transfere-se da cadeira/ cadeirão para a cama	23 (15,3%)	45 (30,0%)	25 (16,7%)	57 (38,0%)	2,77 (1,12)	-0,21	-1,40
<b>Autocuidado: Virar-se (n = 150)</b>							
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	22 (14,7%)	24 (16,0%)	6 (4,0%)	98 (65,3%)	3,20 (1,17)	-0,96	-0,81
<b>Autocuidado: Elevar-se (n = 150)</b>							
Levantar parte do corpo	22 (14,7%)	50 (33,3%)	24 (16,0%)	54 (36,0%)	2,73 (1,10)	-0,12	-1,40
<b>Autocuidado: Uso do sanitário (n = 150)</b>							
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	23 (15,3%)	42 (28,0%)	23 (15,3%)	62 (41,3%)	2,83 (1,13)	-0,30	-1,40
Ergue-se da sanita	24 (16,0%)	48 (32,0%)	31 (20,7%)	47 (31,3%)	2,67 (1,08)	-0,09	-1,32
Ajusta as roupas após a higiene íntima	23 (15,3%)	60 (40,0%)	2 (1,3%)	65 (43,3%)	2,73 (1,18)	-0,03	-1,63
<b>Autocuidado: Alimentar-se (n = 150)</b>							
Prepara os alimentos para ingestão	116 (77,3%)	29 (19,3%)	1 (0,7%)	4 (2,7%)	1,29 (0,62)	2,60	8,23
Abre recipientes	33 (22,0%)	48 (32,0%)	0 (0,0%)	69 (46,0%)	2,70 (1,26)	-0,09	-1,71
Pega no copo ou chavena	20 (13,3%)	10 (6,7%)	1 (0,7%)	119 (79,3%)	3,46 (1,09)	-1,63	0,83
Leva os alimentos à boca com os utensílios	20 (13,3%)	11 (7,3%)	1 (0,7%)	118 (78,7%)	3,45 (1,09)	-1,58	0,70
<b>Autocuidado: Arranjar-se (n = 150)</b>							
Penteia ou escova os cabelos	25 (16,7%)	54 (36,0%)	4 (2,7%)	67 (44,7%)	2,75 (1,19)	-0,11	-1,62
Cuida das unhas	40 (26,7%)	96 (64,0%)	1 (0,7%)	13 (8,7%)	1,91 (0,79)	1,25	2,01

Aplica o desodorizante	28 (18,7%)	49 (32,7%)	0 (0,0%)	73 (48,7%)	2,79 (1,24)	-0,19	-1,67
Mantém a higiene oral	25 (16,7%)	43 (28,7%)	0 (0,0%)	82 (54,7%)	2,93 (1,23)	-0,41	-1,56
<b>Autocuidado: Vestir-se e despir-se (n = 150)</b>							
Escolhe as roupas	54 (36,0%)	28 (18,7%)	0 (0,0%)	68 (45,3%)	2,55 (1,37)	0,01	-1,86
Veste as roupas na parte inferior do corpo	31 (20,7%)	89 (59,3%)	2 (1,3%)	28 (18,7%)	2,18 (0,97)	0,88	-0,15
Abotoa as roupas	30 (20,0%)	70 (46,7%)	0 (0,0%)	50 (33,3%)	2,47 (1,15)	0,35	-1,39
Usa cordões para amarrar	35 (23,3%)	91 (60,7%)	0 (0,0%)	24 (16,0%)	2,09 (0,93)	1,03	0,35
Calça as meias	34 (22,7%)	91 (60,7%)	7 (4,7%)	18 (12,0%)	2,06 (0,87)	1,00	0,66
<b>Autocuidado: Tomar banho (n = 150)</b>							
Obtém objetos para o banho	29 (19,3%)	65 (43,3%)	0 (0,0%)	56 (37,3%)	2,55 (1,18)	0,21	-1,54
Abre a torneira	26 (17,3%)	37 (24,7%)	0 (0,0%)	87 (58,0%)	2,99 (1,24)	-0,54	-1,47
Lava o corpo	24 (16,0%)	116 (77,3%)	2 (1,3%)	8 (5,3%)	1,96 (0,62)	1,38	4,44
<b>Autocuidado: Tomar a medicação (n = 150)</b>							
Prepara os medicamentos	20 (13,3%)	67 (44,7%)	0 (0,0%)	63 (42,0%)	2,71 (1,15)	0,06	-1,61
Toma os medicamentos	86 (57,3%)	46 (30,7%)	0 (0,0%)	18 (12,0%)	1,67 (0,97)	1,51	1,22

Mais de metade dos participantes são completamente independentes no autocuidado “andar” ou necessitam de equipamento. Das 47 pessoas que recorrem ao uso de cadeiras de rodas apenas 9 são completamente autónomas. Neste autocuidado regista-se a presença de um indivíduo que

necessita de equipamento para usar a cadeira de rodas (luvas de proteção), cuja ausência o torna dependente de pessoa. A totalidade da amostra foi avaliada quanto ao autocuidado “andar” mesmo as pessoas que foram em seguida avaliadas no autocuidado “uso da cadeira de rodas”, uma vez que o uso da cadeira de rodas pode ser considerado como um equipamento.

No autocuidado “transferir-se” não se registaram diferenças entre as transferências da cama para a cadeira/cadeirão e vice-versa. Cerca de 45,3% (68) necessita de ajuda neste domínio, de uma pessoa ou encontra-se completamente dependente o que nos permite ajuizar acerca do nível de dependência das pessoas dependentes da amostra. Quanto ao autocuidado “virar-se” mais de 30% (46) dos participantes apresenta igualmente níveis de dependência severos dependendo de ajuda de pessoa, o que constitui uma ameaça ao nível da integridade cutânea. Em relação ao autocuidado “elevar-se” quase metade dos participantes necessita de ajuda de pessoa para elevar parte do corpo.

Também no “uso do sanitário” se observam níveis elevados de dependência, sendo que na globalidade das atividades que caracterizam este autocuidado mais de metade das pessoas necessita de ajuda de pessoa ou são completamente dependentes.

Relativamente ao autocuidado “alimentar-se” cerca de 77,3% (116) dos participantes é completamente dependente na preparação dos alimentos, contrastando com os 79,3% (119) que são completamente independentes para “pegar no copo ou chávena” e nos 78,7% (118) que são igualmente independentes para “levar os alimentos à boca com os utensílios”.

O cuidado com as unhas, atividade dentro do autocuidado “arranjar-se” é a atividade em que compreende maior dependência com 90,7% (136) a necessitar de ajuda de pessoa para a sua realização, o que permite ajuizar acerca da motricidade fina dos participantes. De uma maneira geral as atividades neste autocuidado distribuem-se principalmente entre as pessoas que conseguem realizar as atividades de forma independente e as que necessitam de ajuda de pessoa, sendo a utilização de equipamentos pouco expressiva.



Um dos autocuidados onde se verifica um dos maiores níveis de dependência é o autocuidado “vestir-se e despir-se” onde para além dos marcados níveis de dependência, também se nota pouca adesão às ajudas técnicas. O autocuidado “tomar banho” apresenta igualmente níveis severos de dependência, em particular na atividade “lavar o corpo” onde chega aos 93,3% (140) de pessoas com necessidade de ajuda. Em relação ao autocuidado “tomar a medicação” também se regista níveis de dependência elevados, sobretudo na toma da medicação.

Os itens de cada domínio foram agregados numa variável de resultado. As dez variáveis computadas relativas aos diferentes autocuidados foram ainda transformadas numa variável geral, que denominamos de nível de dependência global. Em cada uma destas transformações a soma foi dividida pelo número de itens para que o resultado global pudesse ser facilmente comparado, e que se apresentam na Tabela 2.

Tabela 2 - Valores médios, valores de desvio padrão, mínimos e máximo de cada domínio do autocuidado

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Autocuidado: Andar	150	1	4	2,68	1,11
Autocuidado: Transferir-se	150	1	4	2,77	1,12
Autocuidado: Virar-se	150	1	4	3,20	1,17
Autocuidado: Elevar-se	150	1	4	2,73	1,10
Autocuidado: Uso do sanitário	150	1	4	2,74	1,04
Autocuidado: Alimentar-se	150	1	4	2,72	0,84
Autocuidado: Arranjar-se	150	1	4	2,59	0,97
Autocuidado: Vestir-se e despir-se	150	1	4	2,27	0,89
Autocuidado: Tomar banho	150	1	4	2,50	0,87
Autocuidado: Tomar medicação	150	1	4	2,19	0,92
Nível global de dependência	150	1	4	2,64	0,83

No que respeita ao nível de dependência por domínio de autocuidado, aquele que registou um maior nível de dependência foi o autocuidado “tomar medicação” com média de 2,19 e desvio padrão de 0,922, seguido do autocuidado “vestir-se e despir-se”, com média de 2,27 e desvio padrão de 0,893 e o autocuidado “tomar banho” com média de 2,50 e desvio padrão de 0,871. Os autocuidados que registaram menor nível de dependência foram os autocuidados “virar-se” com média de 3,20 e desvio padrão de 1,17, seguido do autocuidado “transferir-se” com média de 2,77 e desvio padrão de 1,12 e o autocuidado “elevar-se” com média de 2,73 e desvio padrão de 1,10. Quanto ao “nível global de dependência”, este apresenta média de 2,64 e desvio padrão de 0,83 o que revela que a amostra em estudo se caracteriza por elevados graus de dependência no autocuidado.

No estudo das propriedades psicométricas da versão reduzida do FADA, foram avaliadas a validade e a fidelidade do instrumento.

A validade e a fidelidade permitem-nos demonstrar as qualidades psicométricas de um instrumento, dado que assim se assegura que o instrumento mede o que é suposto medir e não um outro aspeto diferente ou parecido (validade) e ainda que esse instrumento apresenta resultados semelhantes, assumindo um erro aceitável, se a avaliação for realizada nas mesmas condições e aos mesmos indivíduos (fidelidade) (RIBEIRO, 2010; FORTIN, 2009).

Das diferentes formas de validade, estudamos apenas a validade de constructo deste instrumento. Realçamos que a validade de conteúdo foi efetuada numa etapa prévia a este estudo por um grupo de peritos. Em relação à validade de constructo, o formulário tem como base os conceitos amplamente utilizados na enfermagem, facilitando assim a sua aplicação e posterior interpretação.

Dentro da validade de construto estudamos a validade convergente através da força de associação com o IB, a ELB e a versão portuguesa do ASA-A.

Tabela 3 - Correlações dos diferentes autocuidados e do IB, ELB e ASA-A

	AC1	AC2	AC3	AC4	AC5	AC6	AC7	AC8	AC9	AC10	NGD
	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r	r
IB	0,33**	0,38**	0,35**	0,25**	0,32**	0,30**	0,19*	0,25**	0,40**	0,28**	0,37**
ELB	0,22**	0,26**	0,24**	0,21**	0,27**	0,31**	0,21*	0,25**	0,31**	0,23**	0,30**
ASA-A	-0,07	-0,02	-0,04	0,12	0,07	-0,09	0,15	0,08	-0,09	-0,06	0,00

\* p&lt; 0,05.

\*\* p&lt; 0.01.

**Legenda:** AC 1 - Autocuidado: Andar; AC 2 - Autocuidado: Transferir-se; AC 3 - Autocuidado: Virar-se; AC 4 - Autocuidado: Elevar-se; AC 5 - Autocuidado: Uso do sanitário; AC 6 - Autocuidado: Alimentar-se; AC 7 - Autocuidado: Arranjar-se; AC 8 - Autocuidado: Vestir-se e despir-se; AC 9 - Autocuidado: Tomar banho; AC 10 - Autocuidado: Tomar medicação; NGD - Nível global de dependência.

Assim, através do coeficiente de correlação de *Pearson*, observam-se correlações significativas entre os diferentes domínios do autocuidado e os instrumentos IB e ELB. Quanto à correlação entre o ASA-A e os diferentes domínios do autocuidado, não se verificam relações significativas.

O IB apresenta correlações positivas fracas com todos os autocuidados, com exceção do autocuidado “tomar medicação” com o qual apresenta uma correlação positiva muito fraca ( $r=0,19$ ;  $N=150$ ;  $p=0,018$ ) o que seria esperado dado o carácter instrumental deste autocuidado. A ELB apresenta correlações positivas fracas com todos os autocuidados. Verificamos que o “nível global de dependência” exhibe correlações positivas moderadas com todos os autocuidados e positiva moderada em relação ao IB ( $r=0,37$ ;  $N=150$ ;  $p=0,001$ ) e à ELB ( $r=0,30$ ;  $N=150$ ;  $p=0,001$ ). Estes resultados apontam para uma convergência das medidas, contudo sem representarem sobreposição.

Analizamos a matriz de correlação dos diferentes domínios do autocuidado, para percebermos como se relacionam.

Tabela 4 - Matriz de correlação dos diferentes domínios do autocuidado

	AC1	AC2	AC3	AC4	AC5	AC6	AC7	AC8	AC9	AC10	NGD
	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└	└
AC1											
AC2	0,78**										
AC3	0,78**	0,85**									
AC4	0,56**	0,68**	0,69**								
AC5	0,49**	0,67**	0,68**	0,69**							
AC6	0,57**	0,71**	0,71**	0,66**	0,68**						
AC7	0,21**	0,46**	0,47**	0,57**	0,62**	0,64**					
AC8	0,54**	0,69**	0,74**	0,73**	0,78**	0,78**	0,68**				
AC9	0,77**	0,84**	0,86**	0,69**	0,59**	0,63**	0,38**	0,62**			
AC10	0,61**	0,72**	0,74**	0,69**	0,71**	0,62**	0,51**	0,71**	0,68**		
NGD	0,78**	0,90**	0,91**	0,83**	0,83**	0,83**	0,65**	0,86**	0,86**	0,85**	

\* p&lt; 0,05.

\*\* p&lt; 0.01.

**Legenda:** AC 1 - Autocuidado: Andar; AC 2 - Autocuidado: Transferir-se; AC 3 - Autocuidado: Uso do sanitário; AC 4 - Autocuidado: Alimentar-se; AC 5 - Autocuidado: Arranjar-se; AC 6 - Autocuidado: Vestir-se e Despir-se; AC 7 - Autocuidado: Tomar medicação; AC 8 - Autocuidado: Tomar banho; AC 9 - Autocuidado: Elevar-se; AC 10 - Autocuidado: Virar-se; NGD - Nível global de dependência.

O autocuidado “andar” apresenta correlação positiva forte com: os autocuidados “transferir-se” ( $r = 0,78$ ;  $N=150$ ;  $p = 0,001$ ), “uso do sanitário” ( $r = 0,78$ ;  $N=150$ ;  $p = 0,001$ ), “elevar-se” ( $r = 0,77$ ;  $N=150$ ;  $p = 0,001$ ) e “virar-se” ( $r = 0,61$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ) e com o “nível global de dependência” ( $r = 0,78$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ).

Os autocuidados “transferir-se”, “uso do sanitário” e “elevar-se” apresentam correlações positivas fortes com todos os autocuidados, com

exceção do autocuidado “tomar medicação” com o qual apresentam correlação positiva fraca.

O autocuidado “alimentar-se” apresenta correlações fortes positivas com todos os autocuidados, exceto com os autocuidados “andar” ( $r = 0,56$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ) e “tomar medicação” ( $r = 0,57$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ) com os quais apresenta correlação moderada positiva.

O autocuidado “arranjar-se” demonstra correlação moderada positiva com o autocuidado “elevar-se” ( $r = 0,59$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ) e fraca positiva com o autocuidado “andar” ( $r = 0,49$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ), sendo que com os outros autocuidados estabelece uma correlação forte positiva.

Os autocuidados “vestir-se e despir-se” e “tomar banho” manifestam correlações fortes positivas com todos os autocuidados, exceto com o autocuidado “andar” com o qual apresenta correlação moderada positiva ( $r = 0,57$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$  e  $r = 0,54$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ , respectivamente).

O autocuidado “tomar medicação” apresenta correlação positiva forte com os autocuidados “arranjar-se” ( $r = 0,62$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ), “vestir-se e despir-se” ( $r = 0,64$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ) e com “tomar banho” ( $r = 0,68$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,001$ ). Por fim, o autocuidado “virar-se” mostra correlação forte positiva com todos os autocuidados à exceção do autocuidado “tomar medicação” com o qual apresenta apenas correlação moderada positiva como referido acima.

Por haver uma correspondência direta entre algumas questões do IB e do ELB com algumas das questões do FADA analisamos essas relações particulares. Em relação ao autocuidado “tomar medicação” e o seu item correspondente da ELB (Responsabilidade com a sua medicação) o coeficiente de correlação não é significativo ( $r = 0,15$ ;  $N = 150$ ;  $p = 0,06$ ), contudo as restantes questões apresentam correlações fracas mas significativas, conforme se pode visualizar na Tabela 5.

Tabela 5 - Correlações dos tipos de autocuidado da versão reduzida do FADA com as questões do IB e ELB

	IB A	IB B	IB C	IB D	IB E	IB F	IB G	IB J	ELB 7
Autocuidado: Arranjar-se	0,16*								
Autocuidado: Tomar banho		0,21*							
Autocuidado: Vestir-se e despir-se			0,22**						
Autocuidado: Alimentar-se				0,22**					
Autocuidado: Transferir-se					0,36**				
Autocuidado: Andar						0,31**	0,35**		
Autocuidado: Uso do sanitário								0,26**	
Autocuidado: Tomar medicação									0,15

\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,01$ .

**Legenda:** IB A - Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal; IB B - Atualmente, consegue tomar banho; IB C - Atualmente, consegue vestir-se; IB D - Atualmente, consegue alimentar-se; IB E - Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho?; IB F - Atualmente, consegue subir e descer escadas; IB G - Atualmente, consegue andar/ marcha ou deslocar-se; IB J - Atualmente, consegue ir à casa de banho; ELB 7 - Responsabilidade com a sua medicação

Interessa também compreender a fidelidade do instrumento. Avaliando a fidelidade desta versão reduzida com 27 itens, através do coeficiente alfa de Cronbach, regista-se um valor de  $\alpha = 0,97$ , o que revela uma boa consistência interna do instrumento (FORTIN, 2006; PESTANA, *et al.*, 2005; RIBEIRO, 2010).

Procedeu-se ainda à avaliação dos valores de consistência interna dos diferentes domínios do instrumento, como se pode ver na Tabela 6 (não se apresentam as dimensões com item único).

Observa-se uma correlação inter-itens perfeita entre os itens “transfere-se da cama para a cadeira” e “transfere-se da cadeira para a

cama”, no âmbito do domínio do autocuidado “transferir-se”, o que revela uma redundância da informação, pelo que se sugere a exclusão de um desses itens.

Tabela 6 - Valores de consistência interna dos diferentes domínios do FADA (coeficiente alfa de Cronbach)

	Alfa de Cronbach se item excluído
AC - Andar (3 itens)	0,96
AC - Uso do sanitário (3 itens)	0,91
AC - Alimentar-se (4 itens)	0,82
AC - Arranjar-se (4 itens)	0,88
AC - Vestir-se e despir-se (5 itens)	0,89
AC - Tomar banho (3 itens)	0,77
AC - Tomar medicação (2 itens)	0,67

Procedemos a análise dos componentes principais, com rotação Varimax, excluindo os itens “usar cadeira de rodas” e “transferir-se da cadeira para a cama”. As comunalidades encontradas apresentam valores elevados, verificando-se um valor Kaiser-Meyer-Olkin é de 0,93, o que permite prosseguir com a análise fatorial.

A Análise de Componentes Principais revela-nos que existem quatro fatores que explicam 73,47% dos resultados. O primeiro fator é responsável por 55,54% da variância, o segundo fator por 8,89%, o terceiro fator por 5,72% e o quarto fator por 3,76% da variância total. A Tabela 7 mostra as cargas fatoriais e seus componentes, valores inferiores a 0,40 foram omitidos. A solução encontrada não é sobreponível aos domínios propostos.

Na globalidade, a componente 1 agrega os itens do autocuidado transferir, andar e uso do sanitário, a componente 2 os itens do autocuidado alimentar, arranjar-se, tomar banho e virar-se, a componente 3 os itens do autocuidado vestir e despir. A última componente é que apresenta um conjunto de itens de vários domínios.

Tabela 7 - Matriz dos componentes rotacionada

	Componentes			
	1	2	3	4
Autocuidado - Arranjar-se: Mantém a higiene oral	0,78			
Autocuidado - Alimentar-se: Leva os alimentos à boca com os utensílios	0,78			
Autocuidado - Alimentar-se: Pega no copo ou chávena	0,76	0,41		
Autocuidado - Arranjar-se: Penteia ou escova os cabelos	0,74			
Autocuidado - Arranjar-se: Aplica desodorizante	0,74			
Autocuidado - Tomar banho: Abre a torneira	0,65		0,42	
Autocuidado - Tomar medicação: Prepara os medicamentos	0,62		0,54	
Autocuidado - Tomar banho: Lava o corpo	0,51			
Autocuidado - Alimentar-se: Abre recipientes	0,45		0,45	
Autocuidado - Arranjar-se: Cuida das unhas	0,45			0,43
Autocuidado - Andar: Percorre distâncias moderadas		0,88		
Autocuidado - Andar: Suporta próprio corpo na posição de pé		0,88		
Autocuidado - Andar: Sobe e desce degraus		0,87		
Autocuidado - Uso do sanitário: Ergue-se da sanita		0,72		
Autocuidado - Transferir-se: Transfere-se da cama para a cadeira	0,43	0,69		
Autocuidado - Uso do sanitário: Posiciona-se na sanita e na arrastadeira	0,43	0,68		
Autocuidado - Uso do sanitário: Ajustar as roupas após a higiene íntima		0,63	0,46	
Autocuidado - Tomar medicação: Toma os medicamentos			0,76	
Autocuidado - Vestir-se e despir-se: Escolhe roupas	0,43		0,69	
Autocuidado - Alimentar-se: Prepara os alimentos para ingestão			0,65	
Autocuidado - Tomar banho: Obtém objetos para o banho	0,48		0,59	
Autocuidado - Vestir-se e despir-se: Usa cordões para amarrar				0,86
Autocuidado - Vestir-se e despir-se: Calça as meias				0,83
Autocuidado - Vestir-se e despir-se: Veste as roupas na parte inferior do corpo				0,73
Autocuidado - Vestir-se e despir-se: Abotoa as roupas			0,44	0,54



Procuramos ainda analisar o comportamento dos diferentes domínios do autocuidado em função de algumas variáveis sociodemográficas e clínicas. Nesta análise, optamos pelo uso de estatística não paramétrica dado a não normalidade da distribuição, estudada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Encontraram-se diferenças significativas ao nível do género, através do Teste de Mann-Whitney, registando o sexo feminino um maior nível de dependência.

Tabela 8 - Diferenças entre homens e mulheres quanto ao nível global de dependência no autocuidado

	Género	N	Média	U (p)
Nível Global de Dependência no Autocuidado	Masculino	36	59,40	1472,5 (0,01)
	Feminino	114	80,58	
	Total	150		

Através do teste Kruskal-Wallis, verificaram-se também diferenças significativas entre o nível de dependência no autocuidado e o estado civil ( $H = 7,99$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0,046$ ). Através de Testes de Mann-Whitney tentamos localizar as diferenças, apresentando os participantes viúvos quando comparados com os casados uma maior dependência ( $U = 1259,00$ ;  $p = 0,03$ ).

Tabela 9 - Relação entre o nível global de dependência no autocuidado e o estado civil

	Estado civil	N	Média
Nível Global de Dependência no Autocuidado	Casado/ União de facto	50	61,84
	Solteiro	12	73,38
	Viúvo	81	83,60
	Divorciado	7	83,00
	Total	150	

O nível de dependência é estatisticamente diferente nos participantes que apontaram o envelhecimento como causa da sua dependência quando

comparados com os que não assinalaram a idade associada à sua diminuição de autonomia (Tabela 10).

Também quando comparamos o nível de dependência dos participantes que apontam uma doença aguda como fator desencadeante da sua dependência, com os que não associam a uma doença aguda, verificamos que estes manifestam significativamente maior dependência (Tabela 10).

Finalmente, quando comparamos o nível de dependência entre os que referem que esta se instalou subitamente com os que referem que se efetuou de forma gradual, constatamos que estes últimos demonstram significativamente maior dependência.

Tabela 10 - Médias e Desvios padrão e valores do teste de Man-Whitney das situações que originaram a dependência e o nível global de dependência no autocuidado

Situação que originou a dependência:		Média (DP)	U	p
Envelhecimento	Não (n=77)	24,03 (8,41)	1807,00	0,001
	Sim (n=73)	28,90 (7,57)		
Doença aguda	Não (n=127)	27,31 (8,12)	849,50	0,001
	Sim (n=23)	21,35 (7,94)		
Instalação da dependência	Súbita (n=41)	23,20 (8,80)	1591,50	0,007
	Gradual (n=109)	27,60 (7,88)		

Analisaram-se ainda, de forma sucinta, os recursos utilizados pelas pessoas dependentes para promoção da autonomia. Entre as ajudas técnicas mais utilizadas encontram-se a rampa no uso da cadeira de rodas, o antiderrapante no banho, a babete na alimentação, a caixa de comprimidos na toma da medicação e a fralda no uso do sanitário. Existindo assim,

aparentemente, uma maior tendência pelo uso de recursos em autocuidados associados as aspetos vitais e sobrevivência.

Os recursos menos utilizados foram o copo adaptado e o rebordo de prato na alimentação, o transfer e o disco de rotação na transferência e as barras paralelas e apoios de pé.



## 4. DISCUSSÃO

Apesar da existência de alguns instrumentos de avaliação das capacidades e perfil de autocuidado, o instrumento desenvolvido pela ESEP destaca-se pela sua discriminação e robustez teórica, permitindo uma avaliação mais operacionalizada das competências da pessoa nas atividades de autocuidado.

Um ponto forte deste instrumento assenta na sua validade concetual, dado ter sido construído através dos indicadores de resultado da NOC. Através da variação de cada indicador o enfermeiro consegue adquirir dados, que avaliam ganhos em saúde em cada domínio do autocuidado. O nível de especificação do FADA é assim, uma mais-valia para a prática da enfermagem, uma vez que permite compreender o tipo de dependência concreta que a pessoa possui, e o que facilita também a monitorização da sua evolução.

A sua construção feita por domínios específicos de autocuidado e de acordo com a CIPE, permite uma maior relação de proximidade entre os focos de atenção de enfermagem e seus registos.

A versão original do FADA apresentou um coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach de 0,997, o que poderá significar redundância de informação (DUQUE, 2009; RIBEIRO, 2010; STANTON, *et al.*, 2002). Para além da sua extensão (58 itens) contém um grau de especificação muito pormenorizado o que leva a alguma exaustão na sua aplicação.

Era assim, desejável uma versão reduzida, que facilitasse a sua utilização sem, no entanto, comprometer os critérios de ovalidade e fidelidade adequados. Deste modo, o objetivo do presente estudo visou apurar se a versão reduzida proposta por um grupo de peritos, que por

consenso o reduziram a 29 itens apresentava critérios aceitáveis de validade e fidelidade. Era um requisito inicial manter a sua estrutura especificada por domínio de autocuidado, pois essa estrutura era facilitadora e orientadora para a prática de enfermagem.

A amostra em estudo, selecionada através de uma amostragem não probabilística apresentou um perfil sobreponível a outros estudos, tendo por base a idade, estado civil, grau de dependência e condições de saúde.

O género feminino foi o mais representativo, o que se encontra em linha com estudos anteriores, levando-nos a compreender que as pessoas mais dependentes são também maioritariamente idosos (MARTINS, 2011; PEREIRA, 2011; PETRONILHO, 2007; SILVA, 2011; SILVA, 2012).

Quanto ao estado civil, a maioria das pessoas dependentes eram viúvas, seguindo-se as pessoas casadas ou em união de facto, resultados em consonância com outros estudos (PEREIRA, 2011; SILVA, 2011; SILVA, 2012). A dependência das pessoas estudadas instalou-se de forma gradual na maioria dos casos. Ou seja, a dependência surgiu decorrente do processo de envelhecimento, caracterizando-se por uma transição do tipo desenvolvimental (MELEIS, *et al.*, 2000).

Este processo de envelhecimento mostrou estar associado a doenças crónicas, que estiveram na base do comprometimento da autonomia e dependência da pessoa. Também encontramos dados que nos mostram que os participantes têm um regime terapêutico medicamentoso complexo, indo ao encontro de outros estudos (GOEMAN, *et al.*, 2007; MELCHORS, *et al.*, 2007; PADILHA, *et al.*, 2010; ROBBETT, *et al.*, 2007; WILLIAMS, *et al.*, 2004; SILVA, 2011; SILVA, 2012).

Numa análise exploratória dos dados constatamos que no autocuidado “transferir-se”, inicialmente constituído por 2 itens que avaliavam a capacidade de mover o corpo da cama para a cadeira/cadeirão e da cadeira/cadeirão para a cama, não apresentava variação de resultado. Noutros estudos realizados com pessoas dependentes utilizando o mesmo instrumento, também se registam pouca variação entre as duas atividades de avaliação (MARTINS, 2011; SILVA, 2011). Ou seja, quem conseguia fazer a transferência da cama para a cadeira/cadeirão, conseguia o movimento

inverso. Assim, dada a sobreposição de resultados consideramos oportuno a eliminação de um dos itens.

Um outro dado que mereceu uma atenção especial prendeu-se com o domínio “uso de cadeira de rodas”. Na presente amostra este equipamento era utilizado regularmente ou esporadicamente por 47 dos 150 participantes. Dado que no domínio “andar”, ao qual a totalidade da amostra respondeu, a cadeira de rodas pode ser considerado um equipamento facilitador, consideramos que os itens deste domínio não deveriam ser considerados na análise do FADA, para o cálculo do valor global de dependência.

O formulário apresenta uma elevada fidelidade, com valores de coeficiente de alfa de Cronbach acima de 0,90 o que evidencia a sua robustez, e que a sua utilização reproduzirá resultados fiáveis (PESTANA, *et al.*, 2005; RIBEIRO, 2010). Porém este valor mostra-se um pouco mais baixo que na versão original, podendo ser indicativo de uma menor redundância de informação.

Ao analisarmos os valores de alfa de Cronbach por domínio (nos que apresentam mais do que 1 item), este valor varia entre 0,67 para o autocuidado tomar a medicação e 0,96 para o autocuidado andar. Vários autores recomendam valores superiores a 0,65 em cada dimensão, o que se verifica neste estudo (BEATON, *et al.*, 2005; FIELD, 2009; RIBEIRO, 2010).

De facto o andar e o uso de sanitário são as dimensões mais representativas para caracterizar a pessoa como dependente no autocuidado. A dimensão medicação requer atividades mais complexas e que pressupõe que para além da independência, a pessoa tenha autonomia na atividade, pois para preparar e tomar sozinho os medicamentos, a pessoa terá que ter capacidade de os diferenciar, calcular a dose e determinar horários.

O valor de consistência interna de 0,96 para o andar poderá ser indicativo de alguma redundância de itens. Fazendo uma análise mais criteriosa aos 3 itens, poderíamos sugerir, num futuro estudo de depuração do instrumento, deixar cair o item “Suporta o próprio corpo na posição de pé”, dado que com os outros 2 itens (“Sobe e desce degraus” e “Percorre distâncias moderadas”) permitem avaliar a independência neste domínio. De

facto se a pessoa suporta o peso do próprio corpo, mas não consegue mover-se será altamente dependente neste domínio.

Todos os valores de alfa de Cronbach dos restantes domínios são sugestivos de uma muito boa consistência interna, sem serem considerados redundantes. Todavia a valorização da consistência interna na criação de medidas reduzidas, pode contribuir para medidas estruturalmente frágeis, com constructos apertados e com problemas de validade (GOETZ, *et al.*, 2013; STANTON, *et al.*, 2002).

Apesar de termos procedido à análise fatorial exploratória, face aos resultados encontrados, não consideramos útil a solução encontrada. Esta técnica utilizada por muitos autores no estudo de validade de constructo é muito popular e comum (STREINER & NORMAN, 2008). Dado a amostra em estudo não possuir 300 observações, ou 15 observações por parâmetro em análise, conforme defendido por Beaton, não se realizou a análise fatorial confirmatória. Porém, e dado a sua construção ter *à priori* um modelo teórico, consideramos pertinente evoluir por uma análise fatorial confirmatória num estudo posterior, uma vez que é essencial testar se o modelo teórico defendido se adapta aos resultados encontrados.

A versão final do FADA ficou com um total de 27 atividades de avaliação do autocuidado distribuídos por 10 domínios de autocuidado: “andar”, “transferir-se”, “virar-se”, “elevar-se”, “uso do sanitário”, “alimentar-se”, “arranjar-se”, “vestir-se e despir-se”, “tomar banho” e “tomar medicação”, o que respondeu afirmativamente ao objetivo do trabalho, conseguir uma versão mais curta. Os autores optaram por eliminar o menor número de itens possível da versão proposta pelo grupo de peritos. Esta opção pode ser criticável, tendo em conta a recomendação de alguns autores que sugerem que cada dimensão deve idealmente conter 3 itens (RAUBENHEIMER, 2004).

No estudo da validade discriminante do FADA, nomeadamente do nível global de dependência no autocuidado com as variáveis de atributos (género, idade, estado civil, causa da dependência), os resultados encontrados apontam que o mesmo diferencia os participantes, mostrando que as



mulheres e os mais idosos são mais dependentes, e que a dependência instala-se sobretudo de forma gradual.

A versão reduzida do FADA apresenta relações significativas entre todos os domínios de autocuidado, que nos faz pensar na multidimensionalidade do autocuidado, tal como tinha sido proposto pelo grupo de peritos.

Já as correlações fracas mas positivas entre o FADA com o IB e com ELB, sugerem convergência de constructos, sem serem sobreponíveis. Ou seja, medem parâmetros diferentes mas que se relacionam, o autocuidado. As correlações estudadas permitiram relacionar o IB com cada um dos diferentes domínios do autocuidado, tendo-se verificado correlações significativas apesar de fracas, o que releva para uma convergência de resultados, significando a avaliação de atividades diferentes. Na mesma linha, Streinar & Norman (2008) referem que quando os valores de correlação entre variáveis se verificarem inferiores a 0,40 encontramos-nos perante uma situação de convergência, no entanto, com medidas diferentes do mesmo fenómeno.

Já ao nível do ASA-A não se observaram relações estatisticamente significativas. Estes resultados surpreenderam-nos um pouco, pois estávamos à espera de associação estatística. Porém, o resultado pode dever-se ao reduzido número de indivíduos que responderam a este questionário ( $n = 55$ ), às características da população, nomeadamente ao seu baixo grau de autonomia física e psicológica para responder às questões deste instrumento. O ASA-A distingue-se do FADA em relação à forma como avalia o fenómeno do autocuidado. Por um lado o ASA-A avalia a necessidade de autocuidado, a priorização, a volição e a motivação, em que é necessário mobilizar as capacidades cognitivas da pessoa, enquanto o FADA avalia as atividades básicas e pouco complexas relativas ao autocuidado, possuindo assim um grau de diferenciação discrepante, no entanto, não encontramos outro instrumento que servisse de critério e permitisse realizar esta análise.

O ASA-A avalia a capacidade para o autocuidado, nomeadamente a capacidade de gestão de um estilo de vida saudável. Muitos dos participantes estudados já não apresentam esta capacidade, requerendo da parte de um

familiar cuidador ajuda na gestão de atividades básicas da vida diária. Sabemos que a estimulação da autonomia é muitas vezes preterida pelos familiares que substituem as pessoas dependentes, criando sentimentos de baixa autoeficácia e comprometendo a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas. Assim, a capacitação destes parceiros do cuidar deve veicular este princípio.

Uma leitura final prende-se com dados relativos ao uso de equipamentos para fomentar a autonomia das pessoas. Entre os recursos mais utilizados pelas pessoas dependentes encontram-se a rampa no uso da cadeira de rodas, o antiderrapante no banho, a babete na alimentação, a caixa de comprimidos na toma da medicação e a fralda no uso do sanitário. Como referido por Leonardo (2011), é nos autocuidados “andar”, “tomar medicação”, “usar o sanitário”, “usar cadeira de rodas” e “alimentar-se” que se encontram as maiores taxas de utilização de recursos.

As ajudas técnicas são consideradas pelas pessoas dependentes e pelo membro da família prestador de cuidados como importantes contribuições no momento de cuidar de uma pessoa dependente, no entanto, o acesso, a informação da sua existência e forma de funcionamento são aspetos que devem ser explorados (ALMEIDA, *et al.*, 2005; LEONARDO, 2011; LOPES, 2007). Os enfermeiros enquanto facilitadores do processo de transição devem aqui possuir um papel preponderante através da informação e instrução de utilização destes recursos.

Os serviços relacionados com a teleassistência, os de aconselhamento e instalação de equipamentos, apoio técnico na adaptação do domicílio, e os apoios na compra de medicamentos e de bens alimentares são os menos referidos. Em linha com outros estudos, também aqui se regista uma larga utilização dos serviços do Serviço Nacional de Saúde, que dão um extenso apoio à população (LEONARDO, 2011; MARTINS, 2005).

## CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as atuais alterações demográficas e consequentes necessidades em saúde e suas implicações na preparação e planeamento de políticas de saúde, a mensuração e a avaliação da pessoa dependente e do seu cuidador tornam-se cada vez mais imprescindíveis, permitindo uma abordagem holística e ajustada às necessidades.

Para este efeito surgem na literatura múltiplos instrumentos que permitem avaliar a dependência no autocuidado, apresentando-se, no entanto, como medidas de avaliação da capacidade para o autocuidado e não das atividades básicas da pessoa para se autocuidar.

O instrumento estudado apresenta um nível de especificação que permite a compreensão da dependência por domínio de autocuidado e por atividade, sendo uma mais-valia pelo seu poder discriminatório. Esta especificidade permite a avaliação de intervenções de enfermagem realistas e ajustadas às reais necessidades das pessoas.

A exclusão de 2 itens à versão experimental estudada permite o encurtamento do formulário, que requer um gasto de tempo menor na sua aplicação, o que constitui um aspeto positivo. O FADA versão com 27 itens mostrou reunir critérios de consistência interna e validade convergente.

O autocuidado é um conceito central da disciplina de enfermagem, que, aliado às alterações demográficas e ao aumento da prevalência de doenças crónicas, se torna fundamental avaliar, no sentido de tornar a enfermagem mais adequada para as pessoas dependentes e seus cuidadores.

Os enfermeiros assumem assim um papel fundamental na definição de políticas que vão ao encontro das necessidades reais das pessoas ao nível dos cuidados de saúde, sendo essencial conhecer a realidade de cada pessoa de forma clara e pormenorizada.

O presente estudo pretende assim contribuir para o aumento do conhecimento nesta área, dotando os profissionais de um instrumento válido, fiável, robusto e com grande poder discriminativo, auxiliando a prática da enfermagem. No entanto, recomenda-se mais estudos que comprovem a utilidade, a fidelidade e validade desta medida.

O caráter transversal do estudo, não permite também testar a estabilidade e o teste-reteste do instrumento, o que possibilitaria confirmar a reprodutibilidade dos resultados.

O cariz académico do presente trabalho e o limite temporal definido para o seu cumprimento, como o prazo de execução, influenciou entre outros, a forma de seleção da amostra e o seu tamanho, o que também se consideram limitações deste estudo.

Sugere-se assim, a realização de mais estudos utilizando este instrumentos de avaliação do autocuidado, com amostras de dimensão superior e de caráter aleatório, que nos permitam para além da generalização da informação, possuir resultados mais assertivos em termos de avaliação das propriedades psicométricas, como sendo a análise fatorial confirmatória.

Os cuidados de enfermagem e a qualidade do exercício profissional do enfermeiro devem assentar não só na promoção da autonomia da pessoa dependente mas também na capacitação do membro da família prestador de cuidados, aumentando as suas competências e promovendo a transição para o papel de prestador de cuidados (MARTINS, 2011; ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001; PEREIRA, 2011; SILVA, 2007).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**ALMEIDA, A. e al., et. 2005.** Transição do Doente Dependente para a Família. *Sinais Vitais*. 2005, Vol. 62.

**ALMEIDA, L. e FREIRE, T. 2008.** *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 5ª Ed. Braga : Psiquilibrios Edições, 2008.

**ANDRADE, F. 2009.** *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Braga : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde - Universidade do Minho, 2009.

**ARAÚJO, F. 2011.** *Contributos do Apoio Psicossocial , em Contexto Domiciliário, aos Familiares Cuidadores/ Idosos após Fratura da Extremidade Proximal do Fémur*. Porto : Tese de candidatura ao grau de Doutor em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade do Porto, 2011.

**ARAÚJO, F., et al. 2008.** Validação da Escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. [autor do livro] I. Leal e et al. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Porto : Universidade do Porto, 2008.

**ARAÚJO, F., et al. 2007.** Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2007, Vols. 25, Nº 2, pp. 59 - 66.

**BACKMAN & HENTINEN. 2001.** Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scand J Caring Sci*. 2001, pp. 195 - 202.

**BACKMAN & HENTINEN. 1999.** Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 30, pp. 564 - 572.

**BEATON, et al. 2005.** Group U. Development of the Quick DASH: comparison of three item-reduction approaches. *J Bone Joint Surg Am*. 87, 2005, Vol. 5, pp. 1038-1046.

**BLAIR, C. 1999.** Effect of Self-Care ADLs on Self-Esteem of Intact Nursing Home Residents. *Mental Health Nursing*. 1999, Vol. 20, pp. 559 - 570.

**BOTELHO, A. 2005.** A Funcionalidade dos idosos. [autor do livro] C. e Fonseca A. Paúl. *Envelhecer em Portugal*. s.l. : Climepsi, 2005.

**BRITO, A. 2012.** *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - Uma teoria explicativa*. Porto : Tese de candidatura ao grau de Doutor apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2012.

**BRITO, L. 2002.** *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra : Quarteto Editora, 2002.

**CALDAS, C. 2003.** Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003, Vol. 19(3), pp. 773-781.

**CARPENITO-MOYET, L. 2012.** *Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica*. 13ª Ed. Porto Alegre : Artmed, 2012.

**CARREIRA, L. e RODRIGUES, R. 2006.** Estratégias da Família Utilizadas no Cuidado ao Idoso com condição Crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006, Vol. 5, pp. 119 - 126.

**CASTRO-CALDAS, A e MENDONÇA, A. 2005.** *Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda, 2005.

**CHAVES, S., et al. 2011.** Uma Proposta para a Mensuração do Autocuidado em Idosos. *Cogitare Enfermagem*. 4, 2011, Vol. 16, pp. 661 - 666.

**CHICK & MELEIS. 1986.** Transitions: A Nursing Concern. [autor do livro] Peggy CHINN. *Nursing Research Methodology - Issues and implementation*. New York : Aspen Publication, 1986, pp. 237 - 257.

**COLLIÈRE, M. 2003.** *Cuidar... A primeira arte da vida.* 2ª Edição. Loures : Lusociência, 2003. 972-8383-53-3.

**COSTA, A. 2013.** *Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de base Populacional no Concelho de Lisboa.* Lisboa : Tese de candidatura ao grau de Doutor em Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2013.

**DECRETO-LEI nº 101/ 2006.** D.R. I Série-A . Nº 109 - 6 de Junho 2006. pp. 3856 - 3865.

**DECRETO-LEI Nº 281/ 2003.** D.R. I Série - A. Nº 259 - 8 de Novembro 2003. pp. Pp.7492-7499.

**DIAS, I. e RODRIGUES, E. 2012.** Demografia e Sociologia do Envelhecimento. [autor do livro] Cood. Constança Paúl. *Manual de Gerontologia.* Lisboa : Lidel, 2012.

**DORAN, D. 2003.** *Functional Status. Nursing-sensitive Outcomes: state of the science.* Canada : Jones and Bartlett Publishers, 2003.

**DRAGESET, J. 2004.** The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. [ed.] Nordic College of Caring Sciences. *Scand J Caring Sci.* 2004, Vol. 18, pp. 65 - 71.

**DUQUE, H. 2009.** *O doente dependente no autocuidado: Estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros.* Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2009.

**FIELD, A. 2009.** *Descobrimo a Estatística Usando o SPSS.* 2ª Ed. Porto Alegre : Artmed, 2009.

**FIGUEIREDO, D. 2007.** *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência.* Aveiro : Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciência da Saúde - Universidade de Aveiro - Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2007.

**FORTIN, M. 2006.** *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.* Loures : Lusodidacta, 2006. 978-989-8075-18-5.

**FORTIN, M. 1996.** *O Processo de Investigação: da conceção à realização.* 3ª Ed. Loures : Lusociência, 1996.

**GILBERT, C., HAGERTY, D. e TAGGERT, H. 2012.** Exploring Factors Related to Healthy Ageing. *Self-Care, Dependent-Care & Nursing.* 2012, Vols. 19, Nº 1.

**GOEMAN, D. e DOUGLASS, J. 2007.** Optimal management of asthma in elderly patients. *Drugs Aging.* Nº 5, 2007, Vol. 24, pp. 381 - 394.

**GOETZ, et al. 2013.** Item reduction based on rigorous methodological guidelines is necessary to maintain validity when shortening composite measurement s. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2013, Vol. 66, pp. 710-718.

**GOMES, I. 2002.** *O Conceito de parceria no processo de cuidados aos doentes idosos: O erro de Narciso.* Lisboa : Dissertação de Mestrado para candidatura ao grau de Mestre em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta, 2002.

**GREEN, R. 2013.** Application of the Self Care Deficit Nursing Theory: The Community Context. *Self-Care, Dependente-Care & Nursig.* 2013, Vols. 20, Nº 1.

**HOOGERDUIJN, J., et al. 2006.** A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk of functional decline. *Journal of Clinical Nursing.* 2006, Vols. 16, Nº1, pp. 46 - 57.

**ICN. 2011.** *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® Versão 2.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.

**IMAGINÁRIO, C. 2008.** *O Idoso Dependente em Contexto Familiar: Uma Análise da Visão da Família e do Cuidado Principal.* Coimbra : Formasau, 2008.



**INE. 2014.** 25 de abril : 40 anos de estatísticas. *Instituto Nacional de Estatística*. [Online] 2014.

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=216384128&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=216384128&PUBLICACOESmodo=2). 978-989-25-0288-5.

**INE. 2013a.** Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal, com base nos Censos 2011. *Revista de Estudos Demográficos*. Instituto Nacional de Estatística, IP, 2013a, Vols. Nº 51 - 52.

**INE. 2009.** Projeções de população residente em Portugal 2008 - 2060. *Destaque*. 2009.

**INE. 2013b.** Revista de Estudos Demográficos - Nº 51-52. *Instituto Nacional de Estatística*. [Online] 2013b.

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=212165714&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=212165714&PUBLICACOESmodo=2). 1645-5657.

**KÉROUAC, S., et al. 1996.** *El Pensamiento Enfermero*. s.l. : Masson, 1996.

**KRALIK, et al. 2004.** Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*. 2004, Vol. 13, pp. 259 - 267.

**LEONARDO, V. 2011.** *Famílias que integram dependentes no autocuidado: recursos utilizados pelos prestadores de cuidados*. Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011.

**LOPES, L. 2007.** Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Nº 1, 2007, Vol. 25.

**MACHADO, N. 2004.** *A Evolução do Exercício Profissional de Enfermagem de 1940 a 2000 - Análise numa Perspectiva Histórica*. Porto : Dissertação de Mestrado para candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2004.

**MARTINS, R. 2011.** *A Dependência no Autocuidado no seio das famílias clássicas do Concelho de Lisboa: Abordagem exploratória à dimensão do fenómeno*. Lisboa : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em

Enfermagem Avançada - Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011.

**MARTINS, R. 2005.** A Emergência de um Cuidar Gerontológico. *Servir*. Nº 4, 2005, Vol. 53.

**MARTINS, T. 2006.** *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra : Formasau, 2006.

**MELCHORS, A., CORRER, C. e FERNANDEZ-LLIMOS, F. 2007.** Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. Nº 4, 2007, Vol. 89, pp. 210 - 218.

**MELEIS & TRANGENSTEIN. 1994.** Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. Nov./ Dec., 1994, pp. 255 - 259.

**MELEIS, A. 2007.** *Theoretical Nursing: Development and progress*. 4ª Ed. s.l. : Lippincott Williams & Wilkins, 2007.

**MELEIS, et al. 2000.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 2000, Vol. 23, pp. 12 - 28.

**MOORHEAD, S., JOHNSON, M. e MAAS, M. 2008.** *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. Porto Alegre : Artmed, 2008.

**NANDA. 2012.** *International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014*. Oxford : Wiley-Blackwell, 2012.

**NETTO, M. 2007.** *Tratado de Gerontologia*. 2ª Ed. São Paulo : Atheneu, 2007. 85-7379-869-6.

**OMS. 2002.** *Active Ageing a Policy Framework*. Madrid : Organização Mundial de Saúde, 2002.

**OMS. 2001.** *Relatório sobre a saúde do mundo - saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra : Organização Mundial de Saúde, 2001.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS. 2001.** Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. *Divulgar*. Dezembro de 2001.

**OREM, D. 1993.** *Modelo de Orem - Conceptos de enfermaria en la práctica*. Barcelona : Masson - Salvat Enfermeria, 1993. 0-8016-6064-5.

**OREM, D. 1995.** *Nursing : concepts of practice*. New York : McGraw-Hill Book, 1995. 0-07-047525-3.

**PADILHA, J., OLIVEIRA, M. e CAMPOS, M. 2010.** Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. Nº 4, 2010, Vol. 44, pp. 1129 - 1134.

**PÄIVI, R., BACKMAN, K. e KYNGÅS, H. 2007.** Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2007, pp. 397 - 405.

**PAIXÃO, C. e REICHENHEIM, M. 2005.** Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005, Vols. 21, Nº 1, pp. 7 - 19.

**PAÚL, C. 2012.** *Manual de Gerontologia*. Lisboa : Lidel, 2012.

**PEREIRA, E. 2011.** *Família que integram pessoas dependentes no autocuidado: relevância da definição dos cuidados prestados*. Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, 2011.

**PEREIRA, F. 2007.** *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007.

**PESTANA, M. e GAGEIRO, J. 2005.** *Análise de Dados para Ciências Sociais*. Lisboa : Edições Sílabo, Lda, 2005.

**PETRONILHO, F. 2012.** *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra : Formasau, 2012.

**PETRONILHO, F. 2007.** *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra : Formasau, 2007.

**PETRONILHO, F. 2006.** *Preparação do Regresso a Casa - Evolução da Condição de Saúde do Doente Dependente no Autocuidado e dos*

*Conhecimentos e Capacidades no Membro da Família Prestador de Cuidados, entre o Momento da Alta e um Mês Após no Domicílio.* Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2006.

**PETRONILHO, F. 2009.** Produção de Indicadores de Qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Sinais Vitais*. Janeiro de 2009, Vol. 52, pp. 35 - 43.

**PHIPPS, W., SANDS, J. e MAREK, J. 2003.** *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 6ª Ed. Loures : Lusociência, 2003. 972-8383-65-7.

**PINTO, R. 2009.** *Introdução à Análise de Dados com Recurso ao SPSS*. 3ª Ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2009.

**PISCO, L. 2001.** Perspectivas sobre a qualidade na saúde. *Qualidade em Saúde*. 2001, Vol. 5, pp. 4 - 6.

**POLIT, D. e HUNGLER, B. 1995.** *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.

**POLIT, D. e HUNGLER, B. 1997.** *Investigación científica en ciencias de la salud*. México : McGrawHill, 1997.

**PORTUGAL. 2013.** *Morbilidade Hospitalar -Serviço Nacional de Saúde 2012* . Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2013.

**PORTUGAL. 2012.** *Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2012.

**PORTUGAL. 2004.** *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* . Lisboa : Ministério da Saúde, 2004.

**PORTUGAL. 2014.** *Relatório Anual de Segurança Interna 2013*. Lisboa : Sistema de Segurança Interna - Gabinete do Secretário-Geral, 2014.

**PRYOR, J. 2009.** Coaching patients to self-care: a primary responsibility of nursing. *The Authors Journal compilation*. 2009.

**RAUBENHEIMER, J. 2004.** An item selection procedure to maximise scale reliability and validity. [Online] 2004. [Citação: 20 de Setembro de 2014.] [www.sajip.co.za/index.php/sajip/article/.../168/165](http://www.sajip.co.za/index.php/sajip/article/.../168/165).

**RIBEIRO, J. 2010.** *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Edição. Porto : Livpsic - Livraria da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da U.P., 2010. 978-898-8148-46-9.

**ROBNETT, R., et al. 2007.** The ManageMed Screening: an Interdisciplinary Tool for Quickly Assessing Medication Management Skills. *Clinical Gerontologist*. Nº 4, 2007, Vol. 30, pp. 11 - 23.

**ROPER, N., LOGAN, W. e TIERNEY, A. 1995.** *Modelo de Enfermagem*. 3ª Ed. s.l. : McGrawHill, 1995.

**SCARPARO, A., et al. 2012.** Reflexões sobre o uso da técnica de Delphi em pesquisas de enfermagem. *Revista Rene*. Nº1, 2012, Vol. 13, pp. 242 - 251.

**SEELEY, R., STEPHENS, T. e TATE, P. 2003.** *Anatomia e Fisiologia*. 6ª Ed. Loures : Lusociência, 2003. 972-8930-07-0.

**SEGURANÇA SOCIAL. 2014.** Segurança Social. *Subsídio por assistência de 3ª pessoa*. [Online] 16 de Junho de 2014. <http://www4.seg-social.pt/subsidio-por-assistencia-de-3-pessoa>.

**SEQUEIRA, C. 2010.** *Cuidar de Idoso com Dependência Física e Mental*. Lisboa : Lidel, Edições Técnicas, Lda, 2010. 978-972-757-717-0.

**SEQUEIRA, E. 2011.** *Os Perfis de Autocuidado dos Clientes Dependentes: Estudo Exploratório numa Unidade de Saúde Familiar*. Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa, 2011.

**SHUMACHER & MELEIS. 1994.** Transitions: a Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*. 1994, Vols. 26, Nº 2, pp. 119 - 127.

**SILVA, A. 2012.** *Avaliação da Condição de Saúde dos Indivíduos Dependentes no Autocuidado Inseridos no Seio das Famílias Clássicas do Concelho do Porto*. Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada - Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012.

**SILVA, A. 2007.** Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. Nº 1/2, 2007, Vol. 55, pp. 11 - 20.

**SILVA, J. 2013.** Adaptação Cultural e Validação da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado - Appraisal of self-care agency scale (ASA-A). *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2, 2013, Vol. 5.

**SILVA, A. 2006.** *Quando a vida chegar ao fim*. Loures : Lusociência, 2006.

**SILVA, R. 2011.** *A Dependência no Autocuidado no seio das Famílias Clássicas do concelho do Porto: Abordagem Exploratória à Dimensão do Fenómeno*. Porto : Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Avançada - Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2011.

**STANTON, J., et al. 2002.** Issues and strategies for reducing the length of self-report scales. *Pers Psychol*. 2002, Vol. 55.

**STREINAR & NORMAN. 2008.** Health measurement scales, a practical guide to their development and use. *Oxford University Press*. 4ª Edição, 2008.

**THEUERKAUF, A. 2000.** Autocuidado e actividades da vida diária. [autor do livro] S. Hoeman. *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Loures : Lusociência, 2000, pp. 173 - 207.

**WHO. 2014.** Global Health Observatory (GHO) - World Health Statistics 2014. *World Health Organization*. [Online] 2014. [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2014\\_Part3.pdf?ua=1](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf?ua=1).

**WILLIAMS, M. et al. 2004.** The Short-Term Effect of Indisciplinary Medication Review on Function and Cost in Ambulatory Elderly People. *Journal of the American Geriatrics Society*. Nº 3, 2004, Vol. 52, pp. 3 - 98.

## ANEXOS





**ANEXO I: Pedido de autorização às instituições para a  
realização do estudo**





## Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia

Exm<sup>a</sup>. Senhora  
Enf<sup>a</sup>. Soraia Cristina de Abreu Pereira  
Rua Escola de Laborim, n.º. 218 – R/C Dt.º.  
4430 – 093 VILA NOVA DE GAIA

Assunto: Trabalho de Investigação

04.02.2014 \* 354

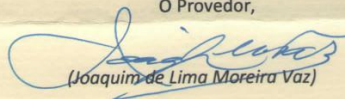
Exm<sup>a</sup>. Senhora,

Em resposta ao pedido que nos formulou, para a realização de um trabalho de investigação e aplicação de um questionário aos utentes da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia, vimos pelo presente informar que o mesmo foi autorizado superiormente.

Ressalvamos a importância da salvaguarda e confidencialidade dos dados obtidos com o trabalho e ficamos a aguardar o envio dos resultados alcançados com o estudo.

Com os melhores cumprimentos.

O Provedor,



(Joaquim de Lima Moreira Vaz)

MM/MM

Oliveira do Douro, 23 de Janeiro de 2014.

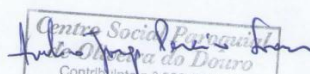
Vem o Centro Social Paroquial de Oliveira do Douro, autorizar, a realização do estudo sobre a criação de uma versão resumida da escala de autocuidado e da escala de auto eficácia do familiar cuidador, pelas enfermeiras Renata Santos, colaboradora desta Instituição, e Soraia Pereira.

Apelamos à salvaguarda de todos os pressupostos éticos que constam na Declaração de Helsínquia, nomeadamente a confidencialidade dos dados.

Agradecemos que após o estudo nos fossem facultados os resultados obtidos visando a melhoria dos serviços que prestamos à nossa população idosa.

Ficamos desde já gratos pela oportunidade de participação neste trabalho de investigação, concedendo deferimento,

O Presidente da Direção



Centro Social Paroquial  
de Oliveira do Douro  
Contribuinte n.º 506 034 992  
Rua Albino Costa Reis, 76/78  
4430-748 Oliveira do Douro - Vila Nova de Gaia  
(Padre Avelino Jorge Pereira Soares)

**ANEXO II: Pedido de autorização aos autores para utilização  
dos instrumentos**



 **araujo@esenf.pt**

 31/01

para mim ▾

Boa noite Enfermeira Soraia

Em resposta ao solicitado envio a versão dos dois instrumentos e os artigos de divulgação.

Votos de muito sucesso para o seu trabalho.

Prof Fátima Araujo

\*\*\*

Boa tarde Professora Doutora Fátima Araújo

>

>

>

> Encontro-me a frequentar o 2º ano do curso de Mestrado de Enfermagem

> Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, estou a

> colaborar no estudo que procura avaliar as características psicométricas

> de

> uma versão reduzida da escala de autocuidado da ESEP. Neste âmbito venho

> solicitar autorização para utilizar os instrumentos Índice de Barthel e

> Escala de Lawton e Brody, que a Professora validou para a população

> portuguesa, com o objetivo de estudar a validade do instrumento em estudo.

>

>


>

>

> Os melhores cumprimentos,

> Soraia Pereira

 **Jose Vitor da Silva**

 18:52 (há 1 hora) ☆

para mim ▾

Prezada Soraia,

Desculpe-me pela demora em responder sua solicitação. Tive uma série de contratempos e só agora, estou colocando os emails em dia.

Você tem a minha autorização para usar a escala solicitada e, em anexo, está o artigo de sua validação.

Peço-lhe que ao terminar o trabalho, me envie os resultados. Pois tenho interesse neles devido ao uso do instrumento.

Boa sorte no seu trabalho.

Atenciosamente,

J. Vitor





**ANEXO III: Formulário de Avaliação da Dependência no  
Autocuidado (Versão em Análise)**



	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>Autocuidado: Andar</b>				
Suporta o próprio corpo na posição de pé				
Sobe e desce degraus				
Percorre distâncias moderadas				
<b>Autocuidado: Usar cadeira de rodas</b>				
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas				
<b>Autocuidado: Transferir-se</b>				
Transfere-se da cama para a cadeira/ cadeirão				
Transfere-se da cadeira/ cadeirão para a cama				
<b>Autocuidado: Virar-se</b>				
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro				
<b>Autocuidado: Elevar-se</b>				
Levantar parte do corpo				
<b>Autocuidado: Uso do sanitário</b>				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
<b>Autocuidado: Alimentar-se</b>				
Prepara os alimentos para ingestão				
Abre recipientes				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
<b>Autocuidado: Arranjar-se</b>				
Penteia ou escova os cabelos				
Cuida das unhas				
Aplica o desodorizante				
Mantém a higiene oral				
<b>Autocuidado: Vestir-se e despir-se</b>				
Escolhe as roupas				

Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Calça as meias				
<b>Autocuidado: Tomar banho</b>				
Obtém objetos para o banho				
Abre a torneira				
Lava o corpo				
<b>Autocuidado: Tomar a medicação</b>				
Prepara os medicamentos				
Toma os medicamentos				

**ANEXO IV: Formulário de Avaliação da Dependência no  
Autocuidado - Versão Reduzida**



	Dependente não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completamente independente
<b>Autocuidado: Andar</b>				
Suporta o próprio corpo na posição de pé				
Sobe e desce degraus				
Percorre distâncias moderadas				
<b>Autocuidado: Transferir-se</b>				
Transfere-se da cama para a cadeira/ cadeirão e da cadeira/ cadeirão para a cama				
<b>Autocuidado: Virar-se</b>				
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro				
<b>Autocuidado: Elevar-se</b>				
Levantar parte do corpo				
<b>Autocuidado: Uso do sanitário</b>				
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira				
Ergue-se da sanita				
Ajusta as roupas após a higiene íntima				
<b>Autocuidado: Alimentar-se</b>				
Prepara os alimentos para ingestão				
Abre recipientes				
Pega no copo ou chávena				
Leva os alimentos à boca com os utensílios				
<b>Autocuidado: Arranjar-se</b>				
Penteia ou escova os cabelos				
Cuida das unhas				
Aplica o desodorizante				
Mantém a higiene oral				
<b>Autocuidado: Vestir-se e despir-se</b>				
Escolhe as roupas				
Veste as roupas na parte inferior do corpo				
Abotoa as roupas				
Usa cordões para amarrar				
Calça as meias				

<b>Autocuidado: Tomar banho</b>				
Obtém objetos para o banho				
Abre a torneira				
Lava o corpo				
<b>Autocuidado: Tomar a medicação</b>				
Prepara os medicamentos				
Toma os medicamentos				